

Soziale Umweltfaktoren und psychische Krankheit

**Versuch einer Validierung des psychodynamischen Systems
der Psychopathologie im Bereich der Erziehungsberatung mit Hilfe
von Merkmalen der Familienkonstellation, insbesondere
von Personenverlusten**

von

Arnold Langenmayr

aus

Traunstein



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548408_0045

Soziale Umweltfaktoren und psychische Krankheit

**Versuch einer Validierung des psychodynamischen Systems
der Psychopathologie im Bereich der Erziehungsberatung mit Hilfe
von Merkmalen der Familienkonstellation, insbesondere
von Personenverlusten**

Inaugural-Dissertation

der Philosophischen Fakultät

der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Arnold Langenmayr

aus

Traunstein



Dekan: Universitätsprofessor Dr. Karl Josef Hölting
Referent: Universitätsprofessor Dr. Walter Toman
Korreferent: Universitätsprofessor Dr. Adolf Martin Däumling

Für wertvolle Anregungen und Hinweise bin ich in erster Linie Herrn Professor Dr. W. Toman sowie dem Assistenten Herrn Dr. S. Preiser zu Dank verpflichtet.

Für die freundliche Unterstützung danke ich Frau Elisabeth Gasch, Herrn Dr. K. Gerlicher, Fräulein Dorothea Groschke, Herrn G. Müller, Herrn U. Peters, Herrn P. Petersen, Fräulein Elisabeth Sauerwald, Frau Gudrun Schmuck sowie meiner Frau.

Alle Genannten unterstützten mich bei der Durchführung und Auswertung der Untersuchung.

Inhalt:

- A) Die Entwicklung des Kindes aus tiefenpsychologischer Sicht.
 - 1.) Drei neurosenpsychologisch bedeutsame Motivationsbereiche.
 - 2.) Die einzelnen Stadien der kindlichen Entwicklung während der ersten sechs Lebensjahre aus psychoanalytischer Sicht.
 - 3.) Die weitere Entwicklung des Kindes.
- B) Das System der Psychopathologie unter spezieller Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen.
- C) Die Theorie der Familienkonstellation.
- D) Die Theorie der Verluste.
 - 1.) Die allgemeine Wirkung von Verlusten.
 - 2.) Die spezielle Wirkung von Verlusten.
- E) Allgemeine aus dem bisher Gesagten abzuleitende Hypothesen.
- F) Spezielle Hypothesen.
 - 1.) Bezüglich der allgemeinen Familienkonstellations-
theorie und ihrer Beziehung zu verschiedenen
Neurosestrukturen.
 - 2.) Bezüglich der Verluste.
- G) Darstellung der Versuchsanordnung und Auswertungs-
kriterien.
 - 1.) Die Versuchsanordnung.
 - 2.) Die Auswertungskriterien.
 - a) Die Auswertungskriterien bezüglich der verschie-
denen Neurosestrukturen.
 - b) Die Auswertungskriterien der allgemeinen
Familienkonstellation.
 - c) Die Auswertungskriterien bezüglich der Verluste.

H) Die Ergebnisse und ihre Interpretation.

- 1.) Zur allgemeinen Theorie der Familienkonstellation.
- 2.) Ergebnisse speziell zu den Verlusten.
 - a) endgültige Verluste,
 - b) partielle Verluste,
 - c) temporäre Verluste.

I) Zusammenfassende Interpretation.

J) Kritik.

- 1.) An den angewandten statistischen Methoden.
- 2.) An den Merkmalsklassifizierungen.
- 3.) Am Versuchsaufbau.

K) Rückblick und Ausblick.

L) Literaturhinweise und Anhang.

A) Die Entwicklung des Kindes
aus tiefenpsychologischer Sicht.

1.) Drei neurosenpsychologisch bedeutsame Motivationsbereiche:

Die für die Entstehung von Neurosen bedeutsamen Motivationen lassen sich entsprechend der tiefenpsychologischen Tradition in drei Gruppen einteilen: Die oralen, analen und genitalen Motive. Orale Motive sind dabei all diejenigen, die der Stillsituation entstammen, sich von ihr herleiten oder zumindest mit ihr gekoppelt waren. Das sind dementsprechend Motive wie Saugen, Trinken, Essen, aber auch Kontakt, Gehätscheltwerden, Zärtlichkeit, Erholung, Schlaf, Hingabe, das Bedürfnis danach, sich etwas einzuverleiben, etwas aufzunehmen; Schultz-Hencke (1) teilt die oralen Bedürfnisse in das intentionale und das captative Antriebserleben, wobei das intentionale mehr die Zuwendung der Welt zu den Mitmenschen ganz allgemein betrifft, das captative mehr den später auftauchenden Beißimpuls, also das Motiv zuzupacken, sich etwas zu nehmen. All diese Motive und ihre Entwicklung sind entsprechend ihrem Ursprung eng mit der Mutter-Kind-Beziehung verknüpft. Insbesondere R. Spitz (2) zeigte anhand von genauen Beobachtungen an Kindern, daß Fehleinstellungen der Mütter gegenüber ihren Kindern deutliche, oft auch psychosomatische Störungen hervorrufen können.

- (1) H. Schultz-Hencke: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951.
- (2) R. Spitz: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, Stuttgart 1957.

Die Befriedigung der wichtigsten Motive im ersten Lebensjahr dient dem Aufbau des Urvertrauens (Erikson) (1) und legt den Grundstein für die spätere Vorstellung, daß das Leben im großen und ganzen schon alles bieten wird, was man benötigt, daß Notsituationen, falls sie einmal auftreten, überwunden werden können. Ein weiterer wichtiger Motivbereich, der dann erworben werden kann, wenn der Bereich der oralen Motive ohne größere Komplikationen gemeistert worden ist und hier keine vom Kind nicht zu bewältigenden Verdrängungen stattfinden mußten, ist der der analen Motive. Sie werden von Freud (2) abgeleitet von ihrer frühesten Ausdrucksform, dem Hantieren des Kindes mit Kot. Diese Ausdrucksform ist oft nur andeutungsweise vorhanden. Sie ist aber in unserer Kultur das erste Erlebnis des Kindes, bei dem es feststellen kann, daß seine Wünsche mit den Wünschen der Umgebung nicht übereinzustimmen brauchen und daß es keineswegs seiner Umwelt so hilflos ausgeliefert ist, wie es bisher gemeint hat. Der kindliche Trotz ist ein wesentliches anales Bedürfnis, ist der Wunsch, den Eltern zu widersprechen, nicht so denken und handeln zu müssen, wie es erwartet wird, und dennoch dafür nicht gestraft zu werden. Eng mit der Feststellung, daß man nicht gezwungen ist, alles zu tun, was die Eltern erwarten, ist verbunden, daß man für Leistungen, die man nur freiwillig erbringt, auch anerkannt werden will, daß man etwas gelten, bestätigt und gelobt werden will. Das Bedürfnis etwas zu gestalten, etwas zu schaffen, etwas zu konstruieren,

(1) E.H. Erikson: Childhood and Society, London 1956.

(2) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.
(Angst und Triebleben).

womit dann die entsprechenden Erfolgserlebnisse verbunden sind, leitet sich nach Freud (1) als Sublimation ab aus dem Bedürfnis zu schmieren, zu kneten, zu formen, mit Schmutz umzugehen, also einfach einen Effekt der eigenen körperlichen und manuellen Tätigkeit festzustellen (nach Toman) (2). Eine gesunde Entwicklung des Kindes im Leistungsbereich ist also davon abhängig, daß dem Kind gestattet war, die primitiven Bedürfnisse nach Matschen, Kneten, Sichschmutzigmachen usw. zu leben. Welche bedeutende Rolle für die Entwicklung eines Kindes diese Bedürfnisse spielen, weiß jeder Kinderpsychotherapeut, der oft vor der Notwendigkeit steht, z.B. bei schulunreifen Kindern, dem Kind erst einmal ein Nachholen dieser primitiven analen Motive zu ermöglichen. Die frühen analen Bedürfnisse münden beim Jugendlichen und Erwachsenen ein in alle berufsbezogenen Motive. Sobald Leistungen eine Rolle spielen, spielt natürlich auch Konkurrenz eine Rolle und alles, was damit verbunden ist, sich durchsetzen, etwas gelten wollen, besser sein wollen als der andere, sich wehren, dem anderen weh tun können, aggressiv sein können, nicht nur aggressive Motive leben können, sondern als Voraussetzung dazu aggressive Motive überhaupt einmal erst erleben können. All diese Dinge bahnen sich in der analen Phase an.

- (1) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.
(Die Wege der Symptombildung).
- (2) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris 1960.

Schultz-Hencke (1) gliedert den Bereich der analen Motive in das retentive, das geltungsstrebige-aggressive und, bereits als Übergang zum Sexuellen, das urethrale Antriebserleben. Unter retentiv versteht er die schon erwähnte Fähigkeit, die Leistungen zurückhalten zu können, also trotzen zu können, unter geltungsstrebige-aggressiv versteht er alle Bedürfnisse nach Anerkennung, Geltung, Macht, Sichdurchsetzenkönnen, der Begriff des Urethralen weicht bei ihm nur in Nuancen vom Bereich des Geltungsstrebige-aggressiven ab. Die Wichtigkeit des analen Motivationsbereichs für die Entwicklung des Kindes wird leicht verständlich, wenn man bedenkt, wie sehr unser modernes Berufsleben anale Qualitäten erfordert. Im Gegensatz dazu steht häufig noch immer eine Erziehung der Kinder, die auf Gefügigkeit, Gehorsam und Bravheit Wert legt. Im Bereich des Kindergartens hat hierauf besonders Nelly Wolffheim (2) hingewiesen.

Ein weiterer wichtiger Motivationsbereich ist der der Beziehung zu Personen des anderen Geschlechts. Nachdem das Kind entdeckt hat, daß man mit anderen Personen kämpfen kann, beginnt es, zwischen den anderen Personen einen bedeutsamen Unterschied zu entdecken. Es beginnt den Unterschied zwischen Mann und Frau festzustellen, der bisher ohne richtige Vorstellung nur nach äußerlichen Merkmalen, wie Kleidung und ähnlichem gemacht wurde. Das Kind beginnt, mit dem gleichgeschlechtigen Elternteil um den gegengeschlechtigen Elternteil zu konkurrieren.

(1) H. Schultz-Hencke: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951.

(2) Nelly Wolffheim: Psychoanalyse und Kindergarten, München-Basel 1966.

Die eigentlichen ödipalen Motive, also die diffuse Vorstellung, den gleichgeschlechtigen Elternteil irgendwie auszuschalten und vom gegengeschlechtigen Elternteil sexuelle Befriedigung zu erlangen, mögen sehr bald der Verdrängung anheimfallen. Was bleibt, ist eine Unterscheidung im Verhalten des Kindes gegenüber Männern und gegenüber Frauen, eine engere und zärtlichere Beziehung gegenüber dem andersgeschlechtigen Elternteil. Die Vorstellung Freuds (1), der ursprünglich einen einfachen, später einen doppelten Ödipuskomplex postulierte, bringt Toman (2) in Einklang, indem er beide Arten des Ödipuskomplexes zeitlich nacheinander annimmt:

"So wie in der frühen analen Phase die Eltern gezwungen waren, dem Kind via anale Region ihre Liebe zu bezeigen, so erwartet das Kind nun, daß die Eltern ihm via Genitalien ihre Liebe bezeigen, denn von hier kommt die derzeit und fortan intensivste Lust. Das Kind wirbt um eine diffuse sexuelle Befriedigung bei den Eltern, es wirbt bei beiden Eltern zugleich und jeder Elternteil ist durch seine bloße Existenz schon ein Rivale der Gunst des anderen. Das sogenannte Dreieck, das in vielen Dramen, Schauspielen und Komödien den Kern der Handlungen liefert, findet seine erste Manifestation in dieser frühen Beziehung zu den Eltern. Es heißt hier in seiner unmittelbarsten Form, also in der Liebe zu und im eifersüchtigen Haß auf beide Eltern zugleich, der vollständige Ödipuskomplex. Dieser Komplex entwickelt sich aber in der Regel bald in einer spezifischeren Richtung. Der Knabe beginnt vor allem seine Mutter zu umwerben, die ja schon in der frühen oralen Phase sein 'Liebesobjekt',

(1) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.
(Abriss der Psychoanalyse).

(2) W. Toman: Dynamik der Motive, Darmstadt 1970,
S. 249 bis 250.

sogar sein einziges, war und den Vater wegen der Gunst, die die Mutter diesem schenkt, zu hassen. Das Mädchen vollbringt eine kompliziertere Leistung, es gibt das primäre Liebesobjekt, die Mutter, auf und richtet seine Werbungen auf den Vater und empfindet die Mutter als Rivalin".

Was also auftaucht in dieser Phase ist das Bedürfnis nach sachgerechter Aufklärung über alle die Beziehungen zwischen Mann und Frau betreffenden Fragen, mit anderen Worten, was ein Kind in dieser Phase erwirbt, ist die Vorstellung von der Beziehung zwischen Mann und Frau. Aus diesen, den andersgeschlechtigen Elternteil betreffenden Wünschen (sie können auch einem andersgeschlechtigen Geschwister gelten) entwickeln sich alle späteren Bedürfnisse nach sexueller Befriedigung, sowie alle zärtlicheren Bedürfnisse im Zusammensein mit Personen des anderen Geschlechts, wie Flirts, partnerschaftliche Beziehung, Zärtlichkeiten usw., der Wunsch zu heiraten und eine Familie zu gründen, in der sehr krassen Sprache Freuds (1): "Es klingt wenig anmutend und überdies paradox, aber es muß doch gesagt werden, daß, wer im Liebesleben wirklich frei und damit glücklich werden soll, den Respekt vor dem Weibe überwunden, sich mit der Vorstellung des Inzests mit Mutter und Schwester befreundet haben muß."

- (1) S. Freud zitiert nach P.R. Hofstätter:
Tiefenpsychologische Persönlichkeitstheorien, in:
Handbuch der Psychologie, 4. Band, Göttingen 1960.

- 2.) Die einzelnen Stadien der kindlichen Entwicklung während der ersten sechs Lebensjahre aus psychoanalytischer Sicht:

Entsprechend den drei Hauptmotivationsbereichen, die ja zu unterschiedlichen Zeiten der kindlichen Entwicklung erworben werden, teilt man im allgemeinen (z.B. Toman) (1) die ersten sechs Lebensjahre in fünf Phasen ein: die frühe orale, die späte orale, die frühe anale, die späte anale und die ödipale oder auch frühe genitale Phase. Der Einfachheit halber seien für unsere Zwecke die frühe und die späte anale Phase zur analen Phase zusammengefaßt, da sich die in beiden Phasen entstehenden Neurosen im Bereich des kindlichen Verhaltens und Erlebens viel weniger unterscheiden lassen als bei Erwachsenen. Nach der zusammenfassenden Darstellung Fenichels (2) entsteht im Bereich der Erwachsenen auf der frühen analen Phase die Paranoia, auf der späten analen Phase die Zwangsneurose. Auch die Störungen, die auf der frühen oralen Phase entstehen (schizoide Entwicklung) und diejenigen, die auf der späten oralen Phase entstehen (Depression), sind bei Kindern nicht leicht zu unterscheiden. Dennoch gibt es Symptome, die in der Literatur ziemlich einhellig der frühen oralen Phase zugeordnet werden, z.B. Kontaktarmut oder solche, die im Rahmen der späten oralen Phase erwähnt werden, z.B. Zündeln. Einer bestimmten Phase zuzuordnende Symptome sind für unsere Untersuchung von großer Bedeutung, wie noch zu zeigen sein wird.

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris 1960.
(2) O. Fenichel: The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New-York 1945.

Die Wirkung vorgeburtlicher Einflüsse auf die Entwicklung eines Kindes ist oft diskutiert worden. Es ließ sich zeigen, daß auch in dieser Zeit bereits orale Motive (Daumenlutschen) wirksam sind und wir wären somit berechtigt, evtl. der Zeit der oralen Phase, in der Geborgenheit eine besonders wichtige Rolle spielt, diesen vorgeburtlichen Abschnitt zuzurechnen. Normalerweise wird jedoch die frühe orale Phase von der Geburt bis zum Ende des vierten Lebensmonats gerechnet (z.B. Toman) (1), d.h. der Beginn der oralen Aggression (das Beißen der Mutterbrust und das meist darauf folgende Abgestilltwerden) stellt den Übergang von der frühen oralen zur späten oralen Phase dar. Nach Rank (2) geht alle spätere Angst von Personen auf das Trauma bei der Geburt zurück, doch ist es, gerade wenn man auf die vielen zur Neurosenentstehung vorliegenden Untersuchungen blickt, unwahrscheinlich, daß sich 'weitgehend alle Fragen der Neurosenentstehung und auch der normalen Entwicklung aus nur einem Gesichtswinkel' lösen lassen (Wyss) (3).

In den ersten Lebensmonaten lebt das Kind in einer besonders engen Beziehung mit seiner Mutter. Es ist die Zeit, in der für das Kind noch kein Personenobjekt existiert und es sich selbst noch nicht als einheitliche Person begreift. Hauptmotiv des Kindes ist also in dieser Zeit der enge, vor allem körperliche, Kontakt mit einer einzigen Person, was ihm den Aufbau eines Personenschemas ermöglicht. Die Situation, in der

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation; Oxford-London-New York-Paris 1960.
- (2) O. Rank: Das Trauma der Geburt, Wien 1924.
- (3) D. Wyss: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen 1961, S. 264.

dieser enge Kontakt mit der Mutter für das Kind besonders manifest wird, ist die Stillsituation. Der Kontakt mit der Mutter, das Geborgensein, das sich bedingungslos vertrauend Hingebenkönnen in dieser Zeit ist die Grundlage für spätere Kontaktfähigkeit und den Aufbau einer realistischen Vorstellung von der Welt. Die Hauptangst des Kindes in dieser Zeit könnte eine extreme Verlassenheitssituation sein, so etwas wie das Aufhören aller Befriedigungen. Diese Angst wird ein wesentlicher Bestandteil im Leben einer Person, wenn in dieser Zeit traumatische Ereignisse eintreten, z.B. Aufwachsen in Heimen, Verlust der Mutter ohne geeigneten Ersatz usw.. Auf die große Bedeutung von Personenverlusten hat insbesondere Bowlby (1) hingewiesen. Mit dem Problem der Hospitalisierung von Kindern durch Krankenhausaufenthalte und den hier notwendigen vorbeugenden psychohygienischen Maßnahmen befaßte sich in Deutschland besonders Biermann (2 + 3). Im fünften Lebensmonat passiert ein erster Schritt des Kindes heraus aus der völligen Hilflosigkeit in Richtung auf mehr Aktivität, das Kind beginnt zu beißen, das Bedürfnis nach oraler Aggression, danach zuzupacken, sich etwas zu nehmen, ist eine Neuerwerbung des Kindes. Dieses Bedürfnis kommt auch zum Ausdruck in einer gesteigerten Aktivität der Hände und in größerer Beweglichkeit im Raum. In der späten oralen Phase beginnt das Kind zu krabbeln und zu greifen.

- (1) J. Bowlby: Mutterliebe und kindliche Entwicklung, München 1972.
- (2) G. Biermann: Kind und Krankenhaus, Praxis der Kinderpsychologie 1965, 14.
- (3) G. und Renate Biermann: Gabi geht ins Krankenhaus, München-Basel 1972.

Durch diese Entwicklung und die Entwicklung seiner Intelligenz ist das Kind nicht mehr ganz so abhängig von der Mutter, das Kind entdeckt jetzt, daß ein einmal erfolgreiches Mittel immer wieder seinen Zweck erfüllen kann und es ist somit weniger auf die Mutter angewiesen, als es in der frühen oralen Phase der Fall war, in der die Artikulierung von Mittel und Zweck noch nicht möglich war. Piaget (1) spricht jetzt von sekundären Kreisreaktionen. Zum Beginn des dritten Drittels des ersten Lebensjahres hat das Kind sich selbst als eigene Person begriffen und auch die Mutter wird jetzt vom Kind als Person erkannt. Es reagiert unterschiedlich, je nachdem ob die ihm vertraute Person oder fremde Personen anwesend sind. Einzelne Befriedigungsmöglichkeiten stehen jetzt nicht mehr unverbunden nebeneinander, sondern sind Ausfluß immer derselben damit verbundenen Gegebenheiten, nämlich der Anwesenheit der Mutter. Hauptmotive sind also in dieser Zeit Beißen, Greifen, Krabbeln, daneben immer noch Saugen und natürlich Kontakt mit der Mutter. Der Verlust der Mutter in dieser Phase wird zur Folge haben, daß alle Motivbefriedigungen, die das Kind sich neu zu erwerben versuchte, als gefährlich und strafwürdig erlebt und verdrängt werden. Nach einer Phase der Aggressivität tritt tiefe Resignation ein, d.h. alle Wünsche, sich etwas zu nehmen, etwas zu bekommen, sich etwas einzuverleiben, werden nicht mehr gelebt, d.h. die Depression überwiegt in der Stimmungslage des Kindes.

(1) J. Piaget: Die Psychologie der Intelligenz,
Zürich 1947.

Auf die Tatsache, daß nicht nur der Verlust der Mutter in dieser Zeit, sondern auch eine zu enge Beziehung zwischen Mutter und Kind traumatisch wirken kann, macht Biermann (1) mit dem Begriff der symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung aufmerksam.

Die anale Phase während des zweiten und dritten Lebensjahres stellt einen weiteren Schritt hin auf eine Verselbständigung des Kindes dar. Das Kind merkt, daß es selbst auch Macht hat, nicht nur seine Eltern, ja, daß es teilweise sogar etwas gegen die Eltern ausrichten kann. Während bisher alle Bedürfnisse des Kindes extrem von den Eltern abhängig waren, kann das Kind jetzt in größerem Umfang als vorher sich selbst Befriedigungen verschaffen. So kann es auch wagen, gegen die Interessen der Eltern zu handeln, d.h. das Kind lernt in dieser Zeit zu kämpfen, sich einzulassen auf Auseinandersetzungen und es lernt die Bewältigung von Konflikten zwischen ihm selbst und seinen Eltern, d.h. es lernt, daß nicht die eigenen Interessen immer, aber auch nicht die der Umwelt immer siegen, sondern mal die der einen Partei und mal die der anderen. Ein Kind erfährt in dieser Zeit, wo es sich durchsetzen kann und wo nicht, in welchen Situationen es stärker ist als seine Umwelt und in welchen nicht, aber das Kind lernt nicht nur den Eltern gegenüber Macht auszuüben, auch Gegenstände bekommen die größere Handlungsfähigkeit des Kindes schnell zu spüren. Destruktion ist zu Beginn der analen Phase ein notwendiges Motiv, sie kommt aus der noch ungeübten Machtausübung des Kindes. In dem Umfang, in dem

(1) G. Biermann: Symbiotische Mutter-Kind-Beziehungen, Psyche 1968, 22.

das Kind dieses Motiv übt, die Anzahl und die Mittel der möglichen Motivbefriedigungen zunehmen, sich also Ersatzmotive und Sublimationsmöglichkeiten bilden, wird das Motiv der Machtausübung automatisch weniger destruktiv und primitiv. Die größeren Möglichkeiten und Fähigkeiten des Kindes gehen einher mit größerer räumlicher Expansion, das Gehen zu Beginn der analen Phase ist hierfür ein Anzeichen.

Die ödipale Phase wird allgemein auf das vierte, fünfte und sechste Lebensjahr verlegt. Dies ist die Zeit, in der ein Kind seine eigene Rolle, auch insbesondere seine eigene Geschlechtsrolle, erlernt. Die bei traumatischen Ereignissen in dieser Zeit entstehende Hysterie ist ja gerade durch ihre große Rollenunsicherheit gekennzeichnet. Das Kind lernt in der ödipalen Phase, daß es noch mehr Aspekte von Personen gibt, als daß sie für die allgemeine Befriedigung von Bedürfnissen da sind, daß man mit ihnen Kontakt haben und kämpfen kann, es lernt, daß Personen sexuell miteinander in Beziehung treten können. Wenig verfänglich formuliert, entdeckt der Junge in dieser Zeit, daß Mutter eine Frau ist, daß Vater in bezug auf Mutter ein Rivale ist und daß es ganz nett wäre, mit Mutter allein ohne Vater zu sein. Gleichzeitig müssen diese Vorstellungen des Jungen in ihm die Idee hervorrufen, daß Vater ihn dafür bestrafen könnte, daß Vater ihm etwas antun könnte, ihn seiner Gefährlichkeit für die Mutter berauben könnte, er muß also die Rache des Vaters fürchten. Zugleich entsteht ein intensives Interesse für die Beziehung zwischen Mutter und Vater und über eine Identifikation mit dem Vater gelingt es dem Jungen schließlich, seine Wünsche in bezug auf die Mutter unter Kontrolle zu bringen,

und gleichzeitig, eben durch die Identifikation, diese Wünsche zu leben, denn wenn der Jünger wie der Vater ist, kann er auch ein bißchen die Befriedigungen des Vaters als seine eigenen Befriedigungen betrachten. Dies ist also der Weg, auf dem die eigene Rolle, speziell die eigene Geschlechtsrolle, erlernt wird. Dem Mädchen geht es in bezug auf den Vater ähnlich wie dem Jungen mit der Mutter. Auf die hypothetischen Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern in dieser Zeit und die daraus gefolgerten psychischen Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern soll hier nicht eingegangen werden. Mit ihnen befasst sich ausführlich Helene Deutsch (1). Die dabei aufgestellten Thesen muten teilweise allerdings sehr spekulativ an.

- (1) Helene Deutsch: The Psychology of Women,
New York 1944.

3.) Die weitere Entwicklung des Kindes:

Freud (1) nimmt an, daß nach den ersten sechs Lebensjahren die weitere psychische Entwicklung ohne ernsthafte Störungen verläuft, wenn diese Zeit ohne größere Schwierigkeiten durchlaufen worden ist. Ein traumatisches Erlebnis nach den ersten sechs Lebensjahren könnte demnach nur zu einer neurotischen Entwicklung führen, wenn auf einer der frühkindlichen Phasen eine Fixierung, also ein überwundenes Trauma, existiert, dann erfolgt eine Regression bis zu diesem Punkt der Entwicklung, auf dem das Trauma erlebt wurde. Nach den ersten sechs Jahren beruhigt die Entwicklung des Kindes sich merklich. Es folgt die Latenzphase, die zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahr angenommen wird und in der die genitalen Interessen gegenüber Familienmitgliedern verdrängt sind und anale Interessen, wie Werken, Konstruieren usw., überwiegen. Dieser Zeit folgt die Pubertät mit erneutem Erwachen sexueller Interessen, allerdings kaum mehr in bezug auf Mitglieder der eigenen Familie.

(1) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.

(Abriss der Psychoanalyse).

B) Das System der Psychopathologie
unter spezieller Berücksichtigung
von Kindern und Jugendlichen.

Die verschiedenen bekannten Neuroseformen werden von den Psychoanalytikern als Regressionen auf bestimmte frühkindliche Stadien der Entwicklung aufgefaßt. Es entstehen nach dieser Auffassung unterschiedliche Neurosestrukturen, je nachdem, in welcher Phase der Entwicklung eine Hemmung wesentlicher Motive eingetreten ist. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen werden vorwiegend folgende Neurosestrukturen unterschieden: Verwahrlosung, schizoide Struktur, depressive Struktur, Zwangsneurose, Hysterie. Diese fünf Neuroseformen finden eine ausführliche Darstellung bei Annemarie Dührssen (1). So sehr bei den einzelnen Symptomen unterschiedliche Auffassungen bestehen, welcher Neurose sie zuzuordnen sind, so sehr besteht bezüglich der Neurosestrukturen Einigkeit, zu welcher Phase der kindlichen Entwicklung sie gehören. Die Verwahrlosung wird der oralen Phase, meist der frühen oralen Phase, die schizoide Charakterstruktur in allen Fällen der frühen oralen Phase, die Depression der späten oralen Phase, die Zwangsneurose der analen Phase und die Hysterie der Ödipalen Phase zugeordnet. Kennzeichnend für ein Milieu, in dem verwahrloste Kinder aufwachsen, ist in der Regel eine affektive Verarmung oder, noch allgemeiner gesprochen, eine Kontaktverarmung, die dazu führt, daß der Erwerb sozial angepaßter Verhaltensweisen erschwert ist. Er ist erschwert, weil soziale Verhaltensweisen nur auf dem Weg einer gefühlsmäßigen Beziehung in die eigene Person integriert werden können.

- (1) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.

Beim Verwahrlosten werden soziale Verhaltensweisen aber allenfalls aus Gefügigkeit praktiziert, d.h., nur um der sozialen Anerkennung willen, sobald eine sofortige Belohnung jedoch nicht in Sicht ist, werden diese Verhaltensweisen sehr schnell fallen gelassen. Die Phase, in der die Voraussetzungen erworben werden für eine spätere Bindungsfähigkeit und spätere affektive Beziehungen ist die frühe orale Phase. Sie ist, wie oben geschildert, für den Aufbau der Beziehung zur dinglichen und personalen Umwelt entscheidend von Bedeutung. Abgeschobene, abgelehnte Kinder neigen daher besonders häufig zu Verwahrlosungserscheinungen, da ihnen der positive Bezug zur Umwelt als Voraussetzung für eine Identifikation mit deren Normen von Anfang an fehlt. Kinder mit Heimschäden könnten daher häufig eine solche Entwicklung nehmen, ebenso auch Kinder, in deren Familien der Vater aus irgendwelchen Gründen ausgefallen ist, da in diesem Fall das Erlernen der Umweltforderungen über eine Identifikation mit dem Vater nicht möglich ist. Tatsächlich konnte dieser letztere Zusammenhang empirisch nachgewiesen werden (Gasch) (1). All die gestörten sozialen Verhaltensweisen, die auf eine tiefe Vertrauenslosigkeit hinweisen, wie Lügen, Stehlen, Streunen und Schulschwänzen hat Destunis (2) zum "Syndrom der Bindungslosigkeit" zusammengefaßt.

- (1) B. Gasch: Die Familienkonstellation von jugendlichen Strafgefangenen.

Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg 1964.

- (2) G. Destunis: Die Schwererziehbarkeit und die Neurosen des Kindesalters, Stuttgart 1961.

Nun könnte man natürlich die Frage aufwerfen, ob nicht all das, was wir bisher genannt haben, nämlich affektive Verarmung und Mangel an Zuwendung, auch charakteristisch für das Milieu sein könnten, in dem eine schizoide Charakterstruktur entsteht, die ja ebenfalls der frühen oralen Phase zugeordnet wird; es müßte also bei der Verwahrlosung etwas Wesentliches hinzukommen. Entscheidend für die Entstehung einer Verwahrlosungsstruktur ist erfahrungsgemäß nicht nur die emotionale Kargheit, sondern gleichzeitig daneben oder in der Folge finden sich ausgeprägte Verwöhnungserlebnisse, sodaß ein solches Kind irritiert ist in bezug auf das, wieviel die Welt ihm bietet, ob extrem viel oder gar nichts. So neigt ein solches Kind dazu, sich dort keine Befriedigung verschaffen zu können, wo dies ohne weiteres gestattet wäre, und an anderen Stellen ohne Kontrolle und realitätsfremd zuzupacken, wo die Umwelt sehr 'allergisch' darauf reagiert. Oft wird die große intentionale und zuweilen auch captative Gehemmtheit verwahrloster Kinder erst in der Spieltherapie sichtbar, sofern nicht gerade eine Distanzlosigkeit vorliegt.

Dem Verfasser ist ein 11-jähriger Junge in Erinnerung, der wegen wiederholten Autoeinbruchs aufgefallen war und in der ersten Therapiestunde über lange Zeit nur im Zimmer stand und nicht wagte, den Therapeuten anzusprechen oder sich den verschiedenen Spielgegenständen zuzuwenden. Der Umwelt fällt hingegen verständlicherweise an der Verwahrlosung die andere Seite, die der zu geringen Hemmungen, auf, da ja nur diese die Schwierigkeiten bereitet, nicht aber die Hemmungen des jeweiligen Kindes.

Dührssen (1) unterscheidet Verwahrlosung als Durchbruch und Verwahrlosung als gewohnheitsmäßige Ersatzbefriedigung und meint damit, daß bei den Durchbruchshandlungen, die bis dahin gehemmten und aufgestauten Impulse das Kind überfluten und jede Steuerung unmöglich machen, während es sich bei der gewohnheitsmäßigen Ersatzbefriedigung um eine kontinuierlich neben der Gehemmt-heit herlaufende Selbstentschädigung des Kindes für seine Mangelerlebnisse handelt. Der Unterschied besteht also nur darin, daß im einen Fall beide Prozesse, Hemmungen und zu geringe Hemmungen, zeitlich nacheinander, im anderen Fall zeitlich nebeneinander ablaufen. Sicher gibt es außer den bisher genannten Symptomen der Verwahrlosung noch eine ganze Reihe von Symptomen, die mit Verwahrlosungserscheinungen zusammenhängen, wie z.B. dies Schulschwierigkeiten, Einnässen und andere sein können. Wir wollen jedoch im Folgenden - und dies gilt insbesondere für die noch folgende Untersuchung - als Verwahrlosungserscheinungen nur die sozusagen klassischen Symptome der Verwahrlosung auffassen, d.h. Lügen, Stehlen, Weglaufen und Distanzlosigkeit. Lügen können wir dabei sehen als mangelndes Vertrauen, als Angst davor häufig, daß der Rest an Kontakt und Zuwendung oder Zuneigung, der einem noch verblieben ist, schon durch eine geringe Verfehlung zunichte gemacht werden kann. Somit ist Lügen nichts anderes als Ausdruck der Angst vor dem völligen Verlust von Geborgenheit und Zuneigung. Stehlen könnten wir sehen als den Versuch eines ungeliebten Kindes, sich die Illusion zu verschaffen, daß die Umwelt grenzenlos gütig, grenzenlos gewährend ist,

- (1) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.

daß sie alles bietet, was man sich nur wünscht, wobei dann natürlich die nachfolgende Bestrafung erneute Ersatzbefriedigungen notwendig macht. Wir könnten das Symptom des Stehlens auch sehen als Ausdruck der mangelnden Ichgrenzen, d.h. daß das Kind sich noch in einem Zustand befindet, der dem des Säuglings in der frühen oralen Phase vergleichbar ist und in dem es noch nicht weiß, wo die eigene Person ist, was zu ihr gehört bzw. was ihr gehört und wo der Bereich anderer Personen beginnt, d.h. das Stadium, in dem das Kind z.B. noch nicht weiß, ob der Daumen, den es vor seinen Augen sieht, zu ihm gehört oder evtl. ein selbständiger Gegenstand ist. Die genaue Trennung zwischen der eigenen Person und der Umwelt ist jedoch Voraussetzung für die Respektierung bestimmter Besitzverhältnisse. Ähnlich wie beim Stehlen könnten wir das Weglaufen als Ausdruck dafür ansehen, daß es dem Kind zuhause nicht gefällt, daß es sich etwas anderes, eine wärmere, geborgene Umgebung sucht. Die Distanzlosigkeit stellt nach Meinung des Autors so etwas dar wie den beständigen Wunsch, an die Brust genommen zu werden, und ist somit als Zeichen dafür zu sehen, daß das betreffende Kind auf diesem Gebiet, zumindest in einer bestimmten Zeit seines Lebens, zu wenig bekommen hat. Den hier ausgeführten hypothetischen Zusammenhang zwischen Mutter-Kind-Beziehung und späteren Verwahrlosungserscheinungen versucht Julia Schwarzmann (1) auf drei Arten zu verifizieren:

- (1) J. Schwarzmann: Weibliche Verwahrlosung, Spätfolge frühkindlicher Frustration, in G. Biermann: Handbuch der Psychotherapie, Band II, München 1969, S. 819 bis 820.

Über das Studium behördlicher Akten, über 'Deckerinnerungen und Gedächtnisinseln, die aus dem Meer des Unbewußten sporadisch auftauchen. Dieses geschieht meist assoziativ zu bestimmten Geschehnissen im Heimleben, vergleichbar dem freien Einfall in der Analyse, wie zu erwarten je doch erst nach geraumer Zeit des Heimaufenthaltes, wenn das Mädchen der positiven Übertragung und Gegenübertragung sicher ist', einer der von Toman (1) angewandten systematischen Retrospektion verwandten Methode, und über Aussagen von Eltern und Geschwistern. Das zusammengetragene Material scheint die bisher vermuteten Zusammenhänge zu bestätigen.

Der frühen oralen Phase zuzuordnen wäre auch die schizoide Charakterstruktur, die durch Mangelerlebnisse in der frühen oralen Phase entsteht, ohne daß Verwöhnungserlebnisse eine größere Rolle spielen. Gestörter Kontakt zur Mutter oder der vorwiegenden Pflegeperson in den ersten Monaten des Lebens wäre also die Hauptursache für die daraus sich entwickelnde schwere Kontaktarmut und Kontaktangst schizoider Personen. Die Verdrängung positiver Aspekte des Lebens, von Befriedigungen allgemein, die ständige Suche nach Geborgenheitserlebnissen und die gleichzeitige Unfähigkeit, solche Erlebnisse tatsächlich zu vollziehen, sind Ausdruck des in dieser Zeit grundgelegten tiefen Mißtrauens in die Umwelt. Die Besetzung der Umwelt, d.h. das Lernen über die Umwelt, die Kontaktaufnahme mit der Umwelt, ist nicht als wünschenswert,

- (1) W. Toman: Systematische Retrospektion, eine unausgenützte Quelle psychologischer Forschung, Psychol. Rundschau 1966, 17.

als befriedigend vom Kind erlebt worden, es kapselt sich daher mehr von der Umwelt ab und versucht, erneute Enttäuschungen, die ihm durch eine evtl. Kontaktaufnahme widerfahren könnten, zu vermeiden. Wenn wir sagen, der Schizoide ist auf die frühe orale Stufe regrediert, so heißt das, er verhält sich bezüglich seiner psychischen Reife in gewisser Hinsicht wie ein Kind in den ersten vier Lebensmonaten: Der Kontakt ist äußerst brüchig, Personen werden noch nicht als konstant und beständig erlebt, die Suche nach einzelnen Befriedigungserlebnissen herrscht vor, es wird so etwas wie die Mutterbrust gesucht, wo ausgeprägte Verwöhnungen ohne Gegenleistung möglich sind, ein Aufschub von Befriedigungen kann noch nicht geleistet werden. Als wesentliche Symptome für eine schizoide Entwicklung wollen wir herausgreifen: Kontaktarmut, Mutismus, Daumenlutschen, exzessive Onanie, Schaukelbewegungen, Einnässen, Haarausreißen, mangelnde Realitätsbeziehung, Essenschwierigkeiten, Entwicklungsverzögerung und kleinkindliche Sprache.

Kontaktarmut ist die Angst, dieselben Gefühle der Ablehnung, Verlassenheit wiederzufinden, von denen die erste Zeit des Lebens geprägt war. Mutismus ist die Verweigerung des sprachlichen Kontakts, meist auf Grund allgemeiner Vertrauenslosigkeit, die Angst vor der sprachlichen, vertrauensvollen Öffnung der eigenen Person hin auf andere Personen. Den engen Zusammenhang zwischen sprachlicher Kontaktaufnahme und allgemeinem Vertrauen schildert Annemarie Dührssen (1) an einigen

(1) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.

sehr eindrucksvollen Beispielen. Eine sprachliche Mitteilung ist vom Kind eben nur dann zu erwarten, wenn das Kind gelernt hat, damit Anklang bei seiner Umgebung zu finden, auf Verständnis und Erwidern hoffen zu können. Daumenlutschen, intensives Daumenlutschen, ist der Ausdruck des Wunsches nach primitiven Saugerlebnissen, es wird versucht, die Mangelserlebnisse im frühen oralen Bereich, die mangelnde Zuwendung, durch das Lutschen auszugleichen. Insofern als das Daumenlutschen genau dieselbe Tätigkeit widerspiegelt, die in der frühen oralen Phase den Hauptlustgewinn für ein Kind bringt, können wir das Daumenlutschen als früh-orale Regression auffassen. Nun könnten wir es wegen seinem starken Ersatzbefriedigungscharakter auch als Symptom der Verwahrlosung verstehen, doch hatten wir uns geeinigt, für unsere Zwecke als Verwahrlosungssymptome nur die sozusagen klassischen Symptome der Verwahrlosung zu bezeichnen und alle anderen lieber der schizoiden Charakterstruktur zuzurechnen, doch ist dies letztendlich eine Frage der Definition.

Der Rückzug der Libido von der Umwelt auf die eigene Person wird ähnlich wie beim Daumenlutschen auch bei der exzessiven Onanie deutlich. Auch hier drückt die extreme Beschäftigung des Kindes mit sich selbst und dem eigenen Körper die Vereinsamung, den Mangel an Zuwendung durch andere Personen aus, so daß man die Zuwendung sich selbst geben muß.

Ähnlich verhält es sich auch mit den Schaukelbewegungen und dem Einnässen des Kindes. Das Kind, das zu wenig

rhythmische Bewegungen als Begleiterscheinung der mütterlichen Liebkosung, z.B. beim Halten des Kindes im Arm, beim Stillen, erlebt, das zu wenig erlebt, daß es von einer Seite auf die andere gelegt wird, daß sich die Mutter beim Wickeln mit ihm beschäftigt, versucht, sich die Illusion, daß es all dies doch bekommt, in genügendem Umfang, zu verschaffen, indem es sich selbst schaukelt und indem es einnäßt, somit die Vorstellung haben kann, daß es naß ist und jeden Augenblick die Mutter kommen wird, denn das Wickeln ist ja, sofern das Kind nicht absolut vernachlässigt ist, wobei es ja kaum eine Überlebenschance hätte, in der Vorstellung des Kindes assoziiert mit: die Mutter beschäftigt sich mit mir, ich werde gehätschelt, berührt, bekomme Hautkontakt usw..

Das Haarausreißen ist ein relativ seltenes Symptom und ist bei Kindern anzutreffen, die eine gewisse Schmerz-unempfindlichkeit haben und somit eine sehr starke Distanz zu den eigenen Körperempfindungen aufweisen, die alles mehr wie durch eine Wand erleben und durch das Ausreißen der Haare, durch die Schmerzempfindung sich selbst beweisen wollen, daß sie existieren (Dührssen)(1). Diese Unsicherheit bezüglich der eigenen Existenz drückt deutlich das schizoide Mißtrauen in die Umwelt und die Kontaktlosigkeit dieser Kinder aus.

Auch mangelnde Realitätsbeziehung dürfte in erster Linie Ausdruck mangelnden Kontakts mit der Umwelt sein. Nur durch Beziehungen, nur durch befriedigende Erlebnisse mit der Umwelt, lernt das Kind die Zusammenhänge, ihre Ursachen und Wirkungen genau kennen.

- (1) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.

Mangel im Kontakt zu den ersten Personen des Lebens bewirkt den Rückzug der Libido von der Umwelt und somit eine mangelnde Besetzung und ein mangelndes Lernen über die Umwelt. Daher dürfte mangelnde Realitätsbeziehung doch in erster Linie ein schizoides Symptom sein, auch wenn Riemann (1) eine gestörte Realitätsbeziehung im Zusammenhang mit der Hysterie erwähnt. Hier scheinen tatsächlich noch wichtige Probleme auf ihre Lösung zu warten, wenn man bedenkt, daß Abraham (2) zur Aufstellung zahlreicher gemeinsamer Merkmale zwischen schizophrenen und hysterischen Patienten auch bezüglich anamnestischer Daten kam, was in die bisherigen psychoanalytischen Vorstellungen von der Entwicklung des Kindes nicht ohne Zusatzannahmen paßt.

Essenschwierigkeiten sind häufig Ausdruck dafür, daß im Bereich des Essens von Anfang an keine Befriedigungserlebnisse möglich waren, daß das Essen selbst oder die Begleitumstände so geartet waren, daß man auf dieses Motiv lieber verzichtet hat. Wir könnten demnach die Vermutung äußern, daß Essenschwierigkeiten ihren Ursprung beim Beginn des Essens, also in der frühen oralen Phase, bei der Stillsituation, haben, daß sie Ausdruck sein können eines hastigen, der Mutter unangenehmen Stillens, eines Stillens, bei dem all jene Begleitumstände fehlten, die für das Kind und seine Entwicklung bedeutungsvoll sind, z.B. das Hätscheln des Kindes, das Gespräch mit dem Kind, das Spielen mit dem Kind usw..

- (1) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.
- (2) K. Abraham: Selected Papers on Psychoanalysis, London 1949.

Auf den Zusammenhang zwischen mangelnder Mutterbeziehung und Retardierung wurde z.B. von Bowlby hingewiesen (1). Die Retardierung, sofern sie nicht organische Ursachen hat, ist Ausdruck dafür, daß das Kind noch babyhaft sein möchte, daß es an einer Zeit hängt, in der es noch einiges nachzuholen hätte. Ähnlich könnte es sich beim Symptom der kleinkindlichen Sprache verhalten; beim Kind, das noch nicht altersgemäß sprechen kann, das noch nicht altersgemäß Kontakt aufnehmen kann, seine Wünsche äußern kann, könnte es sich um einen Mangel an Gelegenheiten zur Erlernung des verbalen Kontakts handeln, vielleicht auch um ein Zeichen von Überbehütung, d.h. dann würde das Kind symbolisch ausdrücken, ich bin noch klein, ich kann noch nicht richtig sprechen. In der Regel wird jedoch die sprachliche Entwicklung ein Zeichen für die Qualität und Quantität des Kontaktes zwischen Eltern und Kind sein. Dies sieht auch Wechsler so (2), wenn er mangelnden Wortschatz und mangelnde Ausdruckfähigkeit eines Kindes als Zeichen von Vernachlässigung interpretiert. Sprache ist Ausdruck für den gefühlsmäßigen Kontakt, für affektive Beziehung. Kleinkindliche Sprache könnten wir somit als Anzeichen einer verkümmerten affektiven Beziehung ansehen.

All diese Darstellungen können mehr oder weniger plausibel erscheinen. Der Verfasser ist sich durchaus darüber im klaren, daß man bei einzelnen Symptomen unterschiedlicher Auffassung sein kann, welcher Neurosenkategorie sie zuzuordnen sind. Am häufigsten dürften

- (1) J. Bowlby: Mutterliebe und kindliche Entwicklung, München 1972.
- (2) D. Wechsler: Die Messung und Intelligenz Erwachsener, Bern-Stuttgart 1956.

hierbei hinsichtlich der Zuordnung Unklarheiten zwischen der frühen und späten oralen Phase, weniger zwischen früher oder später oraler Phase einerseits und analer Phase bzw. früher genitaler Phase andererseits auftreten. Doch selbst wenn wir bei unserer Untersuchung, wenn wir z.B. feststellen wollen, ob schizoide, depressive, zwangsneurotische und hysterische Personen sich bezüglich der Schwere der von ihnen erlebten Personenverluste unterscheiden, ein oder zweimal versehentlich eine Person, die eigentlich zum depressiven Formenkreis gehört, der schizoiden Charakterstruktur zuordnen, so würde dies nicht wesentlich unsere Untersuchung beeinflussen, zumal ja zugleich ein Irrtum in umgekehrter Richtung passieren könnte und das sich dann wieder ausgleichen könnte. Selbst wenn dies aber nicht so wäre, und wir gehen jetzt immer ja von der gar nicht bewiesenen Behauptung aus, daß vielleicht die eine oder andere der hier getroffenen Zuordnungen nicht ganz korrekt sein könnte, so würde dieser kleine Fehler bei der Zuordnung eines Symptoms zur frühen oder späten oralen Phase doch nur den Unterschied zwischen der Kategorie der schizoiden Personen und der Kategorie der depressiven Personen leicht verwischen, nicht aber z.B. den Unterschied zwischen den depressiven Personen und den zwangsneurotischen Personen oder den schizoiden Personen und den zwangsneurotischen Personen.

Wenden wir uns nun den auf der späten oralen Phase entstehenden Neurosen zu. Die Depression wird allgemein der späten oralen Phase zugeordnet. Sie wird erst ermöglicht dadurch, daß das Kind jetzt ein Objekt kennt, über dessen Verlust Trauer empfunden werden kann.

Die Depression bedeutet den Rückzug aller oral-aggressiven Impulse von der Umwelt und die Richtung dieser Impulse gegen die eigene Person. Das Kind, das z.B. in der späten oralen Phase, also im Alter vom Ende des vierten Lebensmonats bis zum Ende des ersten Lebensjahres, die Mutter verloren hat und keine Möglichkeit hat, die darüber empfundene Enttäuschung an seiner Umwelt loszuwerden und einen geeigneten Ersatz zu finden, richtet seine ganze Aggressivität gegen die eigene Person, erklärt sich das Verschwinden der Mutter unbewußt als sein eigenes Verschulden. So lassen sich die heftigen Selbstvorwürfe depressiver Personen erklären. Die extreme Hingabebereitschaft (Riemann) (1) ist beim Depressiven der Wunsch, überall eine gute Mutter zu finden, die einen umsorgt. Die Mutter wird dabei als allmächtig vorgestellt. Gleichzeitig herrscht der Wunsch vor, selbst allmächtig zu sein. Die ständige Nicht-Erfüllung dieser Wünsche führt jedoch zu dauernden Enttäuschungen. Gleichzeitig sind beim Depressiven alle Motive blockiert, die in der späten oralen Phase eine Rolle spielen, nämlich die Motive zu greifen, zuzupacken, sich etwas zu nehmen. Der Depressive ist inaktiv und resigniert. Außer der depressiven Verstimmung kommen als Symptome, die uns eine späte orale Fixierung einer Person verraten, z.B. das Nägelknabbern infrage, bei dem der oral-aggressive Beißimpuls in sehr deutlicher Weise gegen den eigenen Körper gewendet wird.

- (1) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.

Gleichzeitig mit dem Beißimpuls gehen beim Nägelknabbern verstärkte Berührungsreize einher, die ebenfalls für die in dieser Phase erworbene verfeinerte Handempfindlichkeit charakteristisch sind.

Zündeln ist ein weiteres häufig genanntes Symptom der späten oralen Phase. Zwei wichtige Komponenten dieser Phase gehen in die Beschäftigung mit dem Feuer ein. Einmal ist Feuer Symbol für die Aggression, zumeist gegen die Mutter, die nicht genügend gegeben hat; im Feuer wird diese Aggression abreagiert und somit ist das Zündeln gleichzeitig der Versuch, diese Aggression im Zaum zu halten, sie nur symbolisch zu leben. Zum zweiten ist Feuer ein Ausdruck für die Wärme, nach der der Zündler sich sehnt (Toman) (1).

Auch die Sucht gilt als Symptom der späten oralen Phase, das Suchtmittel ersetzt dabei die vermißte Mutter, die für alle Bedürfnisse des Patienten aufkommen sollte. Die Droge gewährt all das, wonach der Depressive ständig sucht, verwöhnende Erlebnisse, einen paradiesischen Zustand des Glücks, eine Art Manie, die sich herbeiführen läßt. Die Droge ist wie die allmächtige Mutter, deren Inkorporation ein Gefühl der Allmacht verleiht, deren Projektion in die Umwelt eine tiefe Depression über den Verlust der Mutter hervorruft. Auch hypochondrische Ängste werden bei Fenichel (2), an dessen zusammenfassende Darstellung wir uns im wesentlichen bei der Schilderung des Systems der Psychopathologie zu halten versucht haben, als Ausdruck der Suche nach einer besonders

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris, 1960.
- (2) O. Fenichel: The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New York 1945.

gütigen Mutter gesehen. Der Hypochonder erwartet, daß durch seine vermutete Krankheit eine verwöhnende und befriedigende Mutter auf den Plan gerufen wird, die versucht, ihn zu hätscheln und wieder gesund zu pflegen. Gleichzeitig ist der vermutete Zustand der Schwäche beim Hypochonder auf Grund seiner captativen Hemmungen tatsächlich vorhanden und er ist auf Grund seiner damit verbundenen verringerten Überlebenschance tatsächlich ständig auf die Hilfe und das Geben anderer angewiesen. Er kann ja selbst nichts nehmen. Die hypochondrischen Ängste können von Herzsensationen bis zu Krebs- oder Syphilisphobie reichen.

Eine Gruppe von meist zur Depression gezählten Neuroseformen sind die sog. Organneurosen. Die hierher gehörenden Symptome sollen in unserer Beschreibung von den bisher beschriebenen depressiven Symptomen abgehoben werden, da die Meinung darüber, zu welcher Neurosekatégorie die Organneurosen zu zählen sind und ob sich überhaupt eine einheitliche Neuroseform angeben läßt, der sie zugehören, sehr oft auseinander gehen. Für Fenichel (1) sind Organneurosen die Suche nach der Mutter. Das Symptom soll die Pflegeinstinkte der ersehnten Mutterfigur wecken, gleichzeitig eine Erklärung bieten dafür, warum die Mutter die Person verlassen hat. Besonders deutlich wird dies etwa bei Hautekzemen. Das Ekzem liefert den Ersatz für den mangelnden Hautkontakt, den das Kind sich durch das Ekzem selbst verschafft (Spitz) (2).

- (1) O. Fenichel: The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New York 1945.
- (2) R. Spitz: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, Stuttgart 1957.

Gleichzeitig soll es zur Bemutterung herausfordern und erklären, warum diese Bemutterung ständig nicht passiert in der erwünschten Weise. Für Toman (1) sind Organneurosen im Vergleich zu konversions-hysterischen Erscheinungen die normalen körperlichen Begleiterscheinungen abnorm verstärkter oder verlängerter psychischer Erlebnisse, etwa wenn ein ständiges Sichärgern und dessen Verdrängung zum Magengeschwür führt. Im Gegensatz dazu sind für ihn die Konversionssymptome immer von einem bestimmten symbolischen Gehalt, von einer unmittelbaren, die jeweilige Situation betreffenden psychologischen Bedeutung, meist sexueller Natur. Demgegenüber sieht Alexander (2) in den Organneurosen eine unmittelbare psychologische Bedeutung, wenn er z.B. die Diarrhöe als mißlungene Hingabe auffaßt. Er selbst würde sich allerdings gegen diese Auslegung wehren. Die wesentlichsten Organneurosen sind Hautaffektionen, Asthma, oft gedeutet als der unbewußte Schrei nach der Mutter, als Symbol für die mangelnde Überlebensfähigkeit ohne fremde Hilfe, ebenso Nabelkoliken, Magengeschwüre, Kopfschmerzen als Richten der Aggression gegen die eigene Person, als Ausdruck unbewältigter psychischer Probleme, über die sich das Kind 'den Kopf zerbricht'. Auch die Epilepsie zählt Fenichel (3) zu den Organneurosen.

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris 1960.
- (2) F. Alexander: Psychosomatische Medizin, Berlin 1951.
- (3) O. Fenichel: The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New York 1945.

Wir könnten uns den epileptischen Anfall als das Ausleben aller bis zu diesem Zeitpunkt aufgestauten aggressiven Impulse in einer Art motorischen Rauschzustandes vorstellen. Die ständige Enttäuschung über das mangelnde Eingehen der Umwelt auf die Verwöhnungswünsche des Epileptikers wird sozusagen im epileptischen Anfall ausgelebt, dieser bedeutet dann gleichsam eine Bestrafung der eigenen Person, aber zugleich auch der Umwelt, die im Anfall für ihr vernachlässigendes und feindseliges Verhalten bestraft wird. Strotzka (1) untersuchte die Mütter von Epileptikern und fand bei ihnen vermehrt offene Feindschaft und Vernachlässigung, Perfektionismus sowie kompensatorische Überbetreuung. Er erklärt diese Haltungen allerdings sekundär aus dem Anfallsleiden. Auch die Fettsucht könnte eine Änderung körperlicher Vorgänge unter psychischem Einfluß darstellen. Während der Asthmatiker beständig gegen seinen Wunsch nach einer verwöhnenden allmächtigen Mutter ankämpft, beschäftigt sich der Fettsüchtige immer mit der Illusion, daß eine solche Mutter existiere, denn wie sonst könnte er ein solches Körpergewicht haben, wenn er nicht ungeheuer gefüttert worden wäre und wenn nicht jemand ganz besonders liebevoll sich ihm zugewendet hätte.

Es ist klar, daß die einzelnen Symptome nie zweifelsfrei einer Neuroseform zugeordnet werden können, sondern nur nach ihrer überwiegenden Bedeutung, und daß Überschneidungen sicher möglich sind. Gerade bezüglich der Organneurosen gehen die Meinungen noch sehr weit auseinander. Während z.B. Görres (2) meint, einheitliche

(1) H. Strotzka und E. Werbenjak: Die Mutter des epileptischen Kindes, Zeitschrift für Nervenheilkunde, Wien 1954, 6.

(2) A. Görres: Methode und Erfahrungen der Psychoanalyse, München 1958.

Persönlichkeitszüge bei bestimmten Formen von Organneurosen, z.B. Magengeschwüren, seien nicht aufzufinden, beschreibt Dunbar (1) genau die Persönlichkeitsprofile der Unfall-, Asthma- oder der Ulkuspersönlichkeit. Eine Untersuchung von Coolidge (2) kommt zu der Feststellung, daß bei asthmatischen, aber auch bei nichtasthmatischen Müttern von Asthmakindern eine sich anklammernde Beziehung zur Mutter, die Unfähigkeit, mit Geschwisterrivalität fertigzuwerden, und die Unfähigkeit, Feindseligkeit offen auszudrücken, vorliegt. Auch Biermann (3) macht ganz präzise Angaben: "Die bei Asthmakindern nicht selten angetroffene überprotektive Mutter wird vom Kinde bisweilen mit dem Krankheitsgeschehen selber identifiziert, indem durch die übermächtige, dominierende Mutter wie im Asthmaanfall die Vitalfunktion des Atmens und damit im größeren Daseinsraum jedwede Entfaltungsmöglichkeit dem Kinde verwehrt wird."

Aber auch bei den Psychoanalytikern, die davon ausgehen, daß man die einzelnen organoneurotischen Symptome bestimmten Neurosestrukturen zuordnen kann, herrscht keineswegs Einigkeit, welchen Neurosestrukturen die einzelnen Symptome angehören sollen.

- (1) Flanders Dunbar: Emotions and bodily changes, New York 1943, zitiert nach D. Wyss: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen 1961.
- (2) J.C. Coolidge: Asthma in mother and child as a special type of intercommunication, Amer.J. Orthopsychiat., 1965, 26.
- (3) G. Biermann: Psychotherapeutische Probleme bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, in: G. Biermann: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Band II, München 1969, S. 866 bis 867.

So betrachtet Toman (1) im Anschluß an Fenichel (2) alle Organneurosen als depressive Erkrankungen, d.h. er verlegt sie in die späte orale Phase, während Annemarie Dührssen (3) z.B. Magengeschwüre und Asthma als zwangsneurotische Symptome bezeichnet. Überhaupt ist in der Schule Schultz-Henckes das Bestreben spürbar, die Organneurosen als einheitlichen Komplex aufzulösen und sie jeweils verschiedenen gehemmten Antriebsbereichen zuzuschreiben, so etwa Schielen und Tics der intentionalen Sphäre, Angina, Heißhunger, Anorexie der captativen, Migräne der aggressiven, Obstipation der retentiven Sphäre usw. (H. Schultz-Hencke) (4). Vielleicht könnte unsere Untersuchung in diesem Zusammenhang etwas zusätzlich Aufschluß geben.

Die Zwangsneurose:

Die Zwangsneurose stellt erfahrungsgemäß die Abwehr aggressiver und retentiver Impulse dar, die mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen in Zaum gehalten werden sollen und gleichzeitig aber auch mit ihnen gelebt werden können. Als Beispiel soll die übermäßige Furcht eines Kindes dienen, sich schmutzig zu machen.

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation; Oxford-London-New York-Paris 1960.
- (2) O. Fenichel: The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New York 1945.
- (3) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.
- (4) H. Schultz-Hencke: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951.

Der Impuls, etwas zu berühren, etwas anzugreifen, etwas zu manipulieren, ist hier stark verdrängt. Gleichzeitig wird dieser Impuls im Symptom aber auch gelebt, wenn ein solches Kind sich z.B. vermehrt die Hände wäscht, denn das kann ja nur erforderlich sein, wenn es im Grunde genommen schmutzig ist. Meist führt eine überstrenge Erziehung der Eltern, vor allem in bezug auf Sauberkeit und Leistung, zur Abwehr der natürlichen analen Bedürfnisse des Kindes, nämlich danach, Gegenstände zu betasten, zu manipulieren, zu verändern, sich dabei natürlich auch schmutzig zu machen, mit Werk- und Spielzeug zu hantieren usw.. Hinzu kommt, daß von den Eltern zwangsneurotischer Kinder die Bedürfnisse nach Machtausübung und Trotz beim Kind stark unterdrückt werden. Die zwangsneurotische Entwicklung stellt also eine Regression auf die anale Phase dar. Die dort nicht gelebten Impulse müssen im Laufe der Therapie wieder in die Persönlichkeit integriert werden, wenn die Erkrankung behoben werden soll. Als Symptome der Zwangneurose sind allgemein eine starke Rivalitätshaltung, insbesondere in der Form der Geschwisterrivalität, dann Stottern, Tics, evtl. auch Einkoten anzusehen. Die Rivalität ist Zeichen für den unbewältigten Leistungskonflikt. Das im Elternhaus überforderte Kind muß auf Grund der Überbetonung der Leistungen jedes Geschwister besonders ausgeprägt als Rivalen erleben. Da zugleich ja aggressive Impulse nicht erlebt und nicht gelebt werden können, das Kind sich also gegenüber anderen Geschwistern und ebenso gegenüber Spielkameraden wehrlos fühlen muß, reagiert es erst recht 'allergisch' auf jede tatsächliche oder vermeintliche Bevorzugung von anderen. Beim Stottern läßt sich in psychoanalytischen

Behandlungen leicht feststellen, daß es häufig verdrängte Durchsetzungs- und aggressive Regungen sind, die den normalen Redefluß unterbrechen. Zwischen den eigentlichen spontanen Redewendungen und den aus Gefügigkeit tatsächlich ausgesprochenen kommt es zu einer Sperrung, zu einer Unvereinbarkeit, deren Auswirkung sich im Stottern zeigt. Zugleich tritt das Stottern besonders häufig in Situationen der Leistungsüberforderung auf und in Situationen, in denen retentive, also verneinende Wünsche wach werden. Charakteristisch für den Zwangsneurotiker ist ja das Zögern, das Sichnichtentschließenkönnen, die Angst vor jeder Veränderung (Riemann) (1), so schwankt er ständig zwischen nein und ja hin und her, und dies findet seinen Ausdruck in der zögernden, gehemmten Sprechweise des Stotterers. Tics werden in der Literatur zuweilen auch der intentionalen Sphäre zugeordnet (Schultz-Hencke) (2), besonders Augentics. Unseres Erachtens haben Tics aber meist eine starke aggressive Komponente. Der Tic ist symbolische Darstellung des Zusammenzuckens beim Ausgeschimpft- oder Geprügeltwerden. Sicher kann auch eine intentionale Komponente eingehen, indem man vor den Aggressionen der Umwelt die Augen verschließt (Augentic) oder sie abschüttelt (Schultertic). Der Tic könnte auch Ausdruck einer allgemeinen Überanspannung und Überreizung der gesamten Psyche sein, meist unter dem Druck extremer äußerer Anforderungen, was wieder mehr in das Bild der Zwangsneurose passen würde.

- (1) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.
- (2) H. Schultz-Hencke: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951, S. 134.

Einkoten wird häufig verstanden als verkappte Aggression sehr gefügiger Kinder, deren einzige Möglichkeit, sich gegen eine strenge und leistungsbetonte Umwelt zu wehren, ist, die erste und wichtigste Leistung, die von der Umwelt gefordert wird, nämlich das Reinlichkeitsgebot, nicht zu beachten und sich somit für die von den Eltern ständig geforderte Gefügigkeit zu rächen.

Die Hysterie:

Die hysterische Problematik mit ihrer allgemeinen oder speziell geschlechtsbezogenen Rollenunsicherheit entsteht nach allgemeiner Auffassung in der ödipalen Phase. In ihr wird über die Beziehung zwischen Vater und Mutter und über die Beziehung zum gegengeschlechtigen Elternteil und die darauf folgende Identifikation mit dem gleichgeschlechtigen Elternteil das von der Umwelt gewünschte Rollenverhalten gelernt. Wenn ein Kind sich in dieser Zeit in seiner Rolle als Junge oder Mädchen nicht akzeptiert fühlen kann, führt dies zum dauernden Versuch, durch ständig wechselnde Rollen die Akzeptierung der Umwelt herbeizuführen. Es führt dies gleichzeitig zum Verlust der Stabilität der eigenen Persönlichkeit, zur ständigen Suche nach Bestätigung, danach, im Mittelpunkt zu stehen, akzeptiert zu werden, soweit, daß alle Entscheidungen nur mehr unter diesem Aspekt getroffen werden können (Dührssen) (1). Die Zuordnung der Phobien zur Hysterie ist in der Literatur häufig zu finden, zumal Phobien meist einen sexuellen Charakter tragen. Die Vermeidung sexueller Versuchungssituationen wird bei der Hysterie dadurch erleichtert, daß in der

(1) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.

Phobie die Angst vor dem eigentlichen sexuellen Erlebnis auf die Angst vor tatsächlich vermeidbaren Symbolen wie Schlangen, offenen Plätzen usw. reduziert wird. Der Hysteriker wähnt in sehr vielen Situationen des Lebens sexuelle Zusammenhänge und Möglichkeiten der Versuchung, vor denen er ausweichen muß, weil die eigentliche sexuelle Begegnung auf Grund der nicht oder ungenügend gelernten Geschlechtsrolle nicht gelebt werden kann. Somit dürfte die Phobie doch in erster Linie ein hysterisches und nicht wie Dührssen (1) meint, ein zwangsneurotisches Symptom sein. Überhaupt fällt auf, daß die Schultz-Hencke-Schule sehr viele von Freud (2) als sexuell gedeutete Symptome in Zusammenhang mit Analität und Gefügigkeit bringt. Ein weiteres hysterisches Symptom ist mit seinem Mittelpunktstreben und mit dem gewaltsamen Versuch, Anerkennung und Akzeptierung zu bekommen auf Grund der ständigen Angst, als Person, so wie man ist, nicht angenommen zu werden, d.h. als Junge oder Mädchen nicht akzeptiert zu sein, das sogenannte Kaspern. Auch Potenzschwierigkeiten mit ihrer Abwehr sexueller Impulse dürften hierher gehören. Möglicherweise ist auch das zeitweilige Einnässen ein hysterisches Symptom, zumindest wenn man davon ausgeht, daß passagere Symptome oft Begleiterscheinungen der normalen Entwicklungsvorgänge sind und somit, obwohl sie ernst genommen werden müssen, nicht für eine besonders große Schwere der Erkrankung sprechen (Anna Freud)(3)

- (1) Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954.
- (2) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.
(Die Angst).
- (3) Anna Freud: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Stuttgart 1968.

Das passagere Einnässen tritt häufig bei der Geburt eines Geschwisters auf, als Anzeichen für die Angst des Kindes, nun nicht mehr so sehr akzeptiert zu werden, nicht mehr so sehr im Mittelpunkt zu stehen, wie dies bisher der Fall war.

Der Autor ist sich darüber im klaren, daß bei der hier angebotenen Darstellung des Systems der Psychopathologie man an einigen Punkten durchaus anderer Auffassung sein kann, so z.B. zählt Biermann (1) das Einnässen zu den psychosomatischen Symptomen. Wir haben es jedoch, sofern es von Anfang an durchgehend besteht, wegen des im Symptom deutlich werdenden Wunsches nach Zuwendung, nach kleinkindlicher Geborgenheit, zu den frühen oralen Symptomen gezählt und es somit der schizoiden Charakterstruktur zugeordnet. Dabei gingen wir von der Tatsache aus, daß 'Enuresis, Enkopresis, exzessives (evtl. provokatorisches) Onanieren' bei den Heimkindern bei weitem häufiger auftritt als bei den Pflegekindern oder gar den Familienkindern (Dührssen) (2). Doch haben wir uns auch bei der Enkopresis nicht ganz an Annemarie Dührssen gehalten, sondern Einkoten wegen seines deutlichen anal-aggressiven Charakters unter den zwangsneurotischen Symptomen aufgeführt. Dadurch kann jedoch kein schwerwiegender Irrtum entstanden sein, da in unserem gesamten Fallmaterial der noch darzustellenden Untersuchung bei 140 Fällen nur ein Einkoter war.

- (1) G. Biermann: Erster Tätigkeitsbericht des Instituts für Psychohygiene des Kreises Köln, 1972.
- (2) Annemarie Dührssen: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung, Göttingen 1958.

Fassen wir noch einmal zusammen: Das System der Psychopathologie geht davon aus, daß es sich bei den verschiedenen psychopathologischen Erscheinungen um Fixierungen auf verschiedenen Stadien der kindlichen Entwicklung handelt oder um Regressionen auf diese, die umso früher sind, je schwerer das entsprechende psychopathologische Syndrom anzusehen ist. Dementsprechend wird die schizoide Charakterstruktur der frühen oralen Phase und den intentionalen Antrieben zugeordnet, ebenso die Verwahrlosung, die Depression der späten oralen Phase mit der Hemmung captativer Antriebe, ebenso die Organneurosen, die Zwangsneurose der analen Phase mit der Hemmung retentiver und aggressiv-geltungsstrebiger Antriebe, die Hysterie der ödipalen Phase mit der Hemmung sexueller Impulse.

c) Die Theorie der Familienkonstellation.

Fragen wir uns nun, welche Umweltkonstellationen die Ausprägung bestimmter Haltungen und die Verdrängung bestimmter Motive bewirken, so stoßen wir sehr schnell auf die familiäre Umwelt eines Kindes. Die Möglichkeiten der Befriedigung und die Versagungen, die ein Kind in einem bestimmten Motivbereich in seiner Familie erlebt hat, sind abhängig von den äußeren Daten seiner Familienkonstellation, d.h. seiner Geschwisterposition, der Größe der Familie usw. So etwa wird ein Mangel an Kontakt mit dem Versuch der Eltern, diesen durch Verwöhnungsansätze auszugleichen, sowie das Abschieben eines Kindes, wohl eher in einer großen Geschwisterreihe vorkommen als in einer kleinen. Ebenso dürften ausgeprägte Verwöhnungserlebnisse eher jüngste Geschwister erleben als ältere, da sie als Nachkömmlinge oft besonders gehätschelt werden. Eine Zunahme regressiv-symbiotischer Beziehungen zwischen Mutter und Kind, vornehmlich in der Rolle des einzigen und jüngsten Kindes, des Nachkömmlings, hat Biermann beobachtet (1). Rivalitätshaltungen könnten am ehesten in einer monosexuellen Geschwisterreihe, d.h. wenn das eigene Geschlecht überwiegt, erworben werden und weniger in einer heterosexuellen Geschwisterreihe. Am weitaus entscheidendsten aber für die Art der neurotischen Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen dürften die Personenverluste, deren Schwere und der Zeitpunkt, zu dem sie eingetreten sind, sein. Wollen wir uns aber erst einmal der allgemeinen Theorie der Familienkonstellation zuwenden, um danach speziell auf die Wirkung von Verlusten einzugehen und anschließend unsere Hypothesen für die vorliegende Untersuchung zu formulieren. Wir gehen dabei immer von der

(1) G.Biermann: Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit, München-Basel 1972.

Vorstellung aus, daß bestimmte Daten der Familienkonstellation bevorzugt zu ganz bestimmten Erlebnissen einer Person führen und dementsprechend ganz bestimmte Haltungen, etwa im Sinne Schultz-Henckes (1), insbesondere neurotische Haltungen und somit neurotische Strukturen, bedingen. Die ausgiebige Beachtung der Stellung eines Kindes in seiner Geschwisterreihe geht auf Adler (2) zurück. Die Familienkonstellations-theorie von W. Toman (3/4/5) mit ihrem systematischen Ansatz unterscheidet sich in zwei wesentlichen Punkten von diesen frühen Versuchen: Sie bezieht nicht nur die Familiendaten der jeweiligen Person zur Erklärung des Verhaltens dieser Person heran, sondern auch die Daten, die die Eltern, evtl. sogar die Großeltern dieser Person betreffen, in der Annahme, daß die Haltungen, die die Eltern durch ihre Familienkonstellation gelernt haben, an die Kinder weitergegeben werden. Außerdem versucht sie, die Familiendaten verschiedener Personen miteinander in Beziehung zu bringen und nach diesen Daten die Harmonie oder Nichtharmonie in einer Beziehung zu definieren.

- (1) H. Schultz-Hencke: Der gehemmte Mensch, Stuttgart 1947.
- (2) A. Adler: Theorie und Praxis der Individualpsychologie, Wien 1923.
- (3) W. Toman: Familienkonstellationen. Ihr Einfluß auf den Menschen und seine Handlungen, München 1965.
- (4) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris, 1960.
- (5) W. Toman: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt, Göttingen 1968.

Sie geht dabei aus von der Grundannahme, daß 'an extra-familial (non-incestuous) heterosexual, relationship will tend to have better chances of happiness and success, other things being equal, the closer it duplicates for both partners the earliest intrafamilial (incestuous) patterns set for heterosexual relationships. The same would, mutatis mutandis, hold for relationships among persons of the same sex or, generally speaking, for any kind of interpersonal relationship ' (W. Toman) (1, S. 241 ff.). Dieses 'Duplikationstheorem' leitet sich aus der allgemeineren psychoanalytischen Theorie ab, daß 'all pertinent cathexes and counter-cathexes formed so far determine how given situations will be perceived, i.e. cathected and counter-cathected' (Toman) (1, S. 241). Mit anderen Worten: Das gegenwärtige Verhalten einer Person ist bestimmt dadurch, wovon sie gelernt hat, Befriedigungen oder keine Befriedigungen zu erwarten auf Grund ihrer bisherigen Erlebnisse. Die Wirkung 'frühkindlicher' Lernprozesse auf das spätere Verhalten wurde in zahlreichen Tierversuchen nachgewiesen. So stellte Hunt (2) fest, daß eine Gruppe von Ratten, die 24 Tage nach der Geburt 15 tagelang hungern mußten, dann 5 Monate normale Ernährung bekamen, anschließend erneut 5 Tage hungern mußten, im Vergleich

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris, 1960
- (2) J.Mc.V. Hunt: The effects of infant feeding frustration upon adult hoarding in the albino-rat, J. abnorm. soc. Psychol. 1941, 36.

zu einer Kontrollgruppe bei der zweiten Hungerperiode ein starkes Hamsterverhalten an den Tag legten.

Über die Auswirkungen verschiedener Aufzuchtbedingungen auf das spätere emotionale Verhalten, besonders in Erregungssituationen, bei Scotchterriern berichteten Thompson und Melzack (1). Bekannt geworden sind vor allen Dingen auch die Untersuchungen von K. Lorenz (2) über die sensible Periode und das Prägungsverhalten bei Graugänsen. Die geistige Nähe dieser Experimente zur Familienkonstellations-theorie liegt auf der Hand. Für Toman sind die entscheidendsten Lernprozesse, durch die eine Person geprägt wird, in der Familie durch die Konstellation aller in dieser Familie vorhandenen Personen gegeben. Als prägende Merkmale kommen vor allem infrage:

Die Geschwisterposition eines Kindes, d.h. welchen Rang ein Kind innerhalb seiner Geschwisterreihe einnimmt, die Geschlechterverteilung innerhalb einer Familie, d.h. ob das eigene Geschlecht überwiegt, die Geschwisterzahl, die Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie, d.h. um wieviele Personen ein Geschlecht in der Familie überwiegt, unabhängig davon, um welches Geschlecht es sich handelt. Dies ist eine nur implizit bei Toman erscheinende Auswertungskategorie, die dem Verfasser jedoch für die Entstehung von Neurosen durchaus bedeutungsvoll erschien.

(1) W.R. Thompson und R. Melzack: Early environment, Sci. Amer. 1956, 194.

(2) K. Lorenz: Er redete mit dem Vieh, den Vögeln und den Fischen, München 1964.

Eine Rolle spielen ferner Geschlechts- oder Rangkonflikte zwischen den Eltern einer Person (diese Begriffe sollen später noch erörtert werden), die Verträglichkeit oder Unverträglichkeit der Geschwisterposition der Eltern mit der der jeweiligen Kinder, die Zahl der Geschwister der Eltern usw..

Auf die vielfältigen Auswirkungen der Geschwisterposition auf Einstellungen und spätere Verhaltensweisen von Personen wurde in vielen Untersuchungen hingewiesen. So stellte Bernhöft (1) fest, daß älteste Geschwister viel eher zum Übernehmen der Führungsrolle in späteren Gruppen neigen als jüngste. Beziehungen zwischen dem Anspruchsniveau bzw. dem Aggressionsverhalten einerseits und der Familienkonstellation andererseits stellten Müller (2) und Keller (3) fest. Die Unsicherheit bezüglich der Einstellungen bei den mittleren Geschwistern zeigte sich vor allen Dingen in einer Untersuchung des Verfassers (4), in der die stärkste Beeinflussung des Urteils durch Gruppendruck bei den mittleren Geschwistern gefunden wurde. Einzelkinder werden auf Grund ihrer mangelnden Erfahrung im Umgang mit Gleichaltrigen in der Familie oft als kontaktschwierig und kapriziös, anspruchsvoll und altklug geschildert. Eine Untersuchung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (5) zeigte tatsächlich, daß Einzelkinder in späteren Ehen mehr Schwierigkeiten haben als andere Geschwisterpositionen. Bei den Jüngsten wird häufig der Aspekt des Verwöhnungsanspruchs angeführt. Eine Untersuchung von Brown (6) zeigte, daß unter Trinkern jüngste Geschwister am häufigsten zu finden waren.

- (1) G. Bernhöft: Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Familienkonstellation und der Übernahme von Führerrollen in Jugendgruppen. Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg, 1967.

- (2) G. Müller: Spezifische Daten der Familienkonstellation als determinierende Faktoren bei der Bildung des Anspruchsniveaus.
Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg, 1965.
- (3) R. Keller: Determinanten der Familienkonstellation in ihren Beziehungen zu aggressiven Verhaltensweisen.
Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg, 1964.
- (4) A. Langenmayr: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Urteilsbildung im sozialen Kraftfeld.
Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg, 1966.
- (5) W. Toman, S. Preiser, B. Gasch und Gerda Plattig: Familienkonstellationen und ihre Störungen: Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation.
Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Bad Godesberg, 1967.
- (6) F. Brown: Depression and childhood bereavement, J. ment. Sci., 1961, 107.

Ähnlich fand Becher (1), daß unter verwahrlosten Kindern jüngste Geschwister häufiger sind als älteste, was sie ebenfalls mit der Verwöhnung erklärt. Bedeutsam für die Prägung von Personen ist auch besonders die Geschlechterverteilung in einer Familie. Ob Geschwister des anderen Geschlechts vorhanden sind oder nicht, dürfte in erster Linie Auswirkungen auf den späteren Umgang mit Personen des anderen Geschlechts haben. So heirateten, nach der oben erwähnten Untersuchung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Frauen mit hetero- oder bisexueller Geschwisterreihe, d.h. also, wenn beide Geschlechter gleich stark vertreten sind oder das andere Geschlecht überwiegt, öfter vor dem 24. Lebensjahr als Frauen aus monosexueller Geschwisterreihe oder Einzelkinder. Die Stärke der Unausgewogenheit des Geschlechterverhältnisses in der Familie wird bei Toman nur insofern erwähnt, als er anhand von Beispielen darauf hinweist, daß extrem viel Mädchen oder extrem viel Jungen in einer Geschwisterreihe gleichermaßen zu einer homosexuellen Entwicklung führen könnten (2). Die Geschwisterzahl spielt z.B. insofern eine Rolle für die Charakterentwicklung einer Person, als nach der Untersuchung von Becher (1) Verwahrloste häufig aus größeren Familien stammen, was mit der dort zu erwartenden Vernachlässigung sehr gut zusammenpaßt. Eine seltene Berufswahl, nämlich die, Pflegemutter in einem Kinderdorf zu werden, korreliert ebenfalls mit der Größe der Familie (Toman) (2).

Die gegenwärtige Familiensituation wie Kinderzahl, Prozentsatz der verheirateten Personen usw. untersuchte Däumling für eine bestimmte Berufsgruppe, die Aufsichtsbeamten im Strafvollzug (3).

(1) Sigrun-Heide Becher: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Verwahrlosung Jugendlicher.

Vordiplomarbeit Universität Erlangen-Nürnberg, 1967.

(2) W. Toman: Die Familienkonstellation und ihre psychologische Bedeutung, Psychol. Rundschau 1959, 10.

(3) A.M. Däumling und K. Possehl: Selbstbild und Fremdbild der Aufsichtsbeamten im Strafvollzug, Stuttgart 1970

Die Familienkonstellation der Eltern ist nach Toman für die Kinder in zweifacher Weise von Bedeutung: Es ist sehr wichtig, ob die Eltern gut miteinander harmonieren oder nicht. Nach dem Duplikationstheorem harmonieren die Eltern gut, wenn sie für sich gegenseitig die Beziehungen wiederholen, die sie aus der frühen Kindheit gewohnt sind, wenn ihre Geschwisterpositionen sich also gegenseitig ergänzen, d.h. wenn sie keinen Rangkonflikt haben, nicht miteinander um dieselbe Rolle, nämlich die des Ältesten oder Jüngsten rivalisieren, also nicht beide dieselbe Geschwisterposition in ihrer Geschwisterreihe einnehmen, und wenn sie keinen Geschlechtskonflikt haben, d.h. beide an das Vorhandensein von Personen des anderen Geschlechts gewohnt sind; sonst hätten sie nämlich beide Schwierigkeiten, das andere Geschlecht voll zu akzeptieren. Toman fand unter Ehepartnern mit besonders großen Altersunterschieden einen höheren Prozentsatz von Rang- und Geschlechtskonflikten als in einer normalen Stichprobe (1). Außerdem konnte nachgewiesen werden, daß die Eltern von Personen, die eine psychologische Beratung oder Behandlung suchen, öfter Rangkonflikte aufweisen und öfter aus monosexuellen Geschwisterkonfigurationen stammen, als dies im Durchschnitt der Bevölkerung der Fall ist (Toman und Gray) (2). Ehen von Personen, die nach ihren Geschwisterpositionen schlecht zueinander passen, sind später im Leben geschlossen und haben weniger Kinder als 'gute Ehen' (Toman) (3).

- (1) W. Toman: Large age differences among spouses and their family constellations. Psychol.Rep., 1963, 13.
- (2) W. Toman and B. Gray: Family constellations of normal and disturbed marriages. An empirical study: J. indiv. Psychol., 1961, 17.
- (3) W. Toman: Family constellation as a character and marriage determinant. Int. J. Psychoanal., 1959, 40.

Glückliche Ehen mit mindestens 10 Jahren Dauer und mindestens 2 Kindern unterscheiden sich von geschiedenen Ehen durch geringere Rang- und Geschlechtskonflikte, sowie durch geringere Personenverluste der Partner (Toman) (1).

Die zweite bedeutsame Wirkung der Familienkonstellation der Eltern auf die Kinder besteht darin, daß auch auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern das Duplikationstheorem Anwendung findet, d.h. zwischen Jungen und Vater oder Mutter und Tochter ist die Beziehung besser, wenn sie einander gut verstehen können, also derselben Geschwisterposition angehören. Zwischen Mutter und Sohn oder Vater und Tochter ist die Beziehung umso besser, je mehr sie sich bezüglich der Geschwisterposition ergänzen, also ihre Beziehung komplementär ist. Natürlich spielen auch noch andere Daten, wie z.B. die Zahl der Geschwister der Eltern, eine Rolle, da diese von diesem Faktum geprägt sind und ihr Verhalten gegenüber den Kindern von ihren allgemeinen Charakterstrukturen mitbestimmt ist.

Doch kommen wir nun zu den wohl wichtigsten Determinanten menschlichen Verhaltens, den Personenverlusten, die wir trotz ihrer Zugehörigkeit zur Familienkonstellation gesondert darstellen wollen. Wir bezeichnen also die soeben gemachten Ausführungen nur aus Gründen der einfacheren Darstellung als allgemeine Theorie der Familienkonstellation und setzen sie somit in Gegensatz zur Theorie der Verluste, obwohl diese eigentlich ein Teil der Familienkonstellationstheorie ist.

- (1) W. Toman: Family constellations of divorced and married couples.

J. Individ. Psychol. 1962, 18.

d) Die Theorie der Verluste.

Es lassen sich allgemeine Wirkungen von Verlusten, die also auf alle Verluste zutreffen, unabhängig zu welchem Zeitpunkt und in welcher Situation eine Person sie erleidet, und spezifische Wirkungen von Verlusten unterscheiden.

1.) Die allgemeine Wirkung von Verlusten.

Die allgemeine Wirkung von Verlusten besteht vor allem darin, daß die Erfahrung gemacht worden ist, daß Verluste überhaupt möglich sind, daß Personenbeziehungen zerbrechen können und daß darauf eine sehr schmerzliche Zeit der Trauer folgt. Daraus ergibt sich in der Regel die Erwartung, daß Verluste wieder eintreten können, daß man neue Verluste erleiden kann, so daß man unbewußt bei jedem neuen Kontakt sich bereits darauf einstellt, daß man bald wieder verlassen wird und somit unbewußt ständig auf einen neuen Verlust hinstrebt. Da man sich Personenkontakte gar nicht anders vorstellen kann als mit einem Verlust endend, werden häufig Partner gesucht, die tatsächlich bald der betreffenden Person einen Verlust bereiten, nämlich Partner, die ihrerseits Verluste erlebt haben, also ebenfalls mit Ängsten in den zwischenmenschlichen Beziehungen belastet sind, oder der Verlust wird unbewußt herbeigeführt, entweder, weil ständig die Qualität der Beziehung auf die Probe gestellt wird, um ganz sicher zu gehen, oder, weil die betreffende Person den Partner so an sich fesseln will, wie dieses häufig bei depressiven Personen der Fall ist, daß für die andere Person die Beziehung sehr bald zu einer starken Belastung wird.

Daß Personen, die Verluste erlitten haben, gar keinen Kontakt mehr suchen, ist unwahrscheinlich angesichts der Tatsache, daß selbst bei autistischen Zuständen immer noch Kontaktphantasien den Wunsch nach Beziehungen andeuten. Dies ergab sich auch in einer Untersuchung des Verfassers (1), in der sich zeigte, daß schizophrene Personen sich vom Gruppendruck weit stärker beeinflussen lassen als normale Personen, was sicher gegen die Behauptung eines totalen Autismus spricht. Bezüglich der allgemeinen Charakterzüge, die sich bei Personen mit Verlusten verstärkt vorfinden, gibt der Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft (2) eine zusammenfassende Darstellung. Personen mit Verlusten zeigen weniger aggressives Verhalten, lassen sich durch sozialen Druck nur wenig beeinflussen, später ergeben sich geringere Schulleistungen. Hingegen sind bessere Schulleistungen der Kinder zu beobachten, wenn nicht sie, sondern ihre Eltern frühe Verluste erlitten haben. Diese leistungsverbessernde Wirkung von Verlusten beruht möglicherweise auf einer Störung des Sozialkontaktes und einer Kompensation durch erhöhte Leistungsmotivation.

- (1) A. Langenmayr: Das Verhalten von schizophrenen Personen unter Gruppendruck.
Unveröffentlichte experimentelle Arbeit,
Universität Erlangen-Nürnberg, 1967.
- (2) W. Toman, S. Preiser, B. Gasch und Gerda Plattig:
Familienkonstellationen und ihre Störungen:
Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen
und die nachfolgende Generation.
Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft,
Bad-Godesberg, 1967.

2.) Die spezielle Wirkung von Verlusten.

Sie besteht darin, daß Verluste von Personen - tiefenpsychologisch gesehen - Verluste von Gelegenheiten zur Motivbefriedigung bedeuten. Der Verlust einer Person ist vielleicht ein bißchen mehr, auf alle Fälle aber bewirkt er die Verdrängung und die Notwendigkeit der Substituierung einer Unzahl von Motiven der verschiedensten Bereiche. Kontaktbedürfnisse, Zärtlichkeitsbedürfnisse, Geltungs- und Machtbedürfnisse, Bedürfnisse nach Sexualität usw. müssen verdrängt werden, d.h. es muß ein Ersatz für sie gesucht werden, was von einer zeitweiligen Regression begleitet ist. Auf die genaueren Zusammenhänge zwischen Verlust, Substitution und Regression geht Toman (1) näher ein. Wenn wir nun die Verluste in den ersten Lebensjahren betrachten, so überwiegen ja, je nach der entsprechenden Phase, immer ganz bestimmte Motivsysteme oraler, analer oder genitaler Art; das bedeutet, daß je nach der Entwicklungsstufe, in der ein Kind sich befindet, der Verlust eine unterschiedliche Bedeutung hat, die Verdrängung und Abwehr unterschiedlicher Motivsysteme zur Folge haben muß. So kommt es, daß entsprechend dem vorher geschilderten System der Psychopathologie unterschiedliche Neuroseformen entstehen müssen, je nachdem, zu welcher Zeit eine Person einen Verlust erlebt hat. In den ersten vier Monaten dürfte es einem Kind sehr schwerfallen, überhaupt wieder genügend Vertrauen zu finden, um einen neuen Kontakt zu wagen zu einer neuen mutterähnlichen Person. Ein solches Kind könnte, wie die schizoide Persönlichkeit im vorpersonalen Stadium verhaftet bleiben,

(1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris, 1960.

Beziehungen als sehr brüchig erleben und beständig mehr nach unmittelbaren und sofortigen Quellen der Motivbefriedigung suchen (der Primärvorgang Freuds) als nach dem Aufbau eines tieferen Kontakts. Ein solches Kind dürfte durch den Verlust überhaupt das Vertrauen in die Welt, die Möglichkeit der Motivbefriedigung verloren haben und ängstlich bemüht sein, eine erneute Enttäuschung dieser Art, eine erneute Hingabe zu vermeiden (Riemann) (1).

Der Verlust auf der späten oralen Phase müßte dementsprechend alle captativen Motive blockieren und die Person in Resignation und Passivität erstarren lassen. Eine solche Person müßte eher immer danach suchen, daß eine Mutter kommt, die einem alle Schwierigkeiten aus dem Weg räumt, die allmächtig und gütig und sehr hingabebereit ist. Da eine solche Person aber nicht mehr zu finden ist, müßte die Trauer über den Verlust der grenzenlos gütigen Mutter überwiegen. Es ist dies nichts anderes als das Bild der depressiven Persönlichkeit.

Ein Verlust auf der analen Phase (auf die Unterscheidung zwischen früher und später analer Phase haben wir ja verzichtet) müßte zu einer Tabuisierung der in dieser Zeit vorwiegenden Motive, also von Aggression, Geltungsstreben, manueller Betätigung und motorischer Expansion führen. Eine solche Person müßte extrem eingeengt, extrem auf Sauberkeit bedacht, ängstlich auf der Hut vor Aggressionen, sowohl eigenen als fremden, und wenig umstellungsfähig sein; mit anderen Worten, sie müßte das Bild einer zwangsneurotischen Entwicklung zeigen.

(1) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.

Ein Verlust auf der ödipalen Phase wäre verbunden mit Angst vor heterosexuellen Beziehungen und vor Sexualkontakt, denn das ist ja gerade das Motiv, für das man bereits einmal mit dem Tod einer Person bestraft worden ist; mit anderen Worten, der Verlust auf der ödipalen Phase würde am ehesten zu einer hysterischen Entwicklung führen.

Die spezielle Wirkung von Verlusten besteht also darin, daß bestimmte Motive verdrängt werden und nach ihrer Tabuisierung nur mehr im Symptom gelebt werden können, wobei das Symptom gleichzeitig auch eine Abwehrhandlung sein kann, weshalb Schultz-Hencke das Symptom ja sehr treffend als Antriebssprengstück bezeichnet. (1).

Machen wir uns jetzt ein paar Gedanken darüber, wovon es abhängt, wie schwer ein Verlust eine Person trifft. Daß das Alter der Person damit zutun hat, haben wir gerade nachzuweisen versucht. Es ist dies auch plausibel, denn eine Person verliert natürlich mit einer gegebenen Befriedigungsmöglichkeit umso mehr, je weniger Befriedigungsmöglichkeiten sie hat; das gilt auch für Personenverluste. Ein Verlust ist also umso schwerer, je weniger Motivbefriedigungen eine Person überhaupt kennengelernt hat, je weniger sie die Möglichkeit zum Ersatz hat, d.h. je früher im Leben einer Person ein Verlust sich ereignet. Außerdem hängt die Schwere eines Verlustes ab von der Zeit, die seit dem Verlust vergangen ist. 'Die Zeit heilt alle Wunden' sagt man, d.h. ein Verlust ist umso schwerer, je kürzer die durch ihn notwendig gewordenen Verdrängungen zurückliegen.

- (1) H. Schultz-Hencke: Der gehemmte Mensch, Stuttgart 1947.

Ein Verlust ist aber auch umso schwerer, je weniger die Möglichkeit besteht, auf andere Motivbefriedigungen auszuweichen, d.h. für Personenverluste, je weniger Familienmitglieder vorhanden sind.

Auch das Gleichgewicht der Geschlechter könnte eine Rolle spielen; wird es durch den Verlust stark in Richtung eines Ungleichgewichts verschoben, so ist der Verlust gravierender für die betreffende Person, als wenn das Geschlechterverhältnis innerhalb der Familie dadurch eher ausgeglichen wird. Ein Verlust ist außerdem umso schwerer, je länger es dauert, bis nach dem vorübergehenden Rückgriff auf die übrigen Familienmitglieder eine neue Person als Ersatz für die verlorene gefunden wird. Zuletzt hängt die Schwere eines Verlustes auch davon ab, wie groß die Zahl der Verluste ist und wie schwerwiegend die Verluste sind, die bereits vorher eingetreten waren. Ein erneuter Verlust ist schwerer für eine Person, die ohnedies schon extrem mißtrauisch geworden ist durch bisherige schmerzliche Erfahrungen; für sie ist der neue Verlust eine Bestätigung, daß man die Motive, die man schon einmal benötigt war zu verdrängen, eben nicht leben darf, daß für alle anderen Personen dies vielleicht möglich ist, für einen selbst aber unheilvoll. Ein nach der Kindheit eintretender Verlust wäre in der Regel also dann von besonderer Bedeutung, wenn ihm bereits Verluste vorausgegangen sind, dann erfolgt nicht nur eine Enttäuschung über die jetzt verlorene Person, sondern die alten Wunden platzen wie er auf, der neue Verlust wird erlebt im Licht der vorangegangenen Erlebnisse, also der bereits vorhandenen leidvollen Erfahrungen. Freud spricht davon, daß eine Regression auf eine bereits vorhandene Fixierung erfolgt.

Entsprechend den bisher erwähnten Tatsachen, wozu genaue Überlegungen sich bei Toman (1 + 2) finden, kann man versuchen, die Schwere eines Verlusts quantitativ zu erfassen, wobei man sich aber darüber im klaren sein muß, daß die einzelnen, mit Hilfe der Formel errechenbaren, Maße nur rangmäßige Abstufungen auf einer Skala darstellen. Doch zur Kritik an den Formeln später.

Nach Toman (2) errechnet sich die Wirkung eines einzelnen Verlusts als
$$k = \frac{a_1 \cdot t}{a_0 \cdot a \cdot \sqrt{a} (\bar{n} - 1)}.$$

Das bedeutet, die Schwere eines Verlusts ist direkt proportional dem Alter der verlorenen Person (a_1) und der Zeit, die diese Person mit der vom Verlust betroffenen zusammengelebt hat (t). Die Schwere eines Verlusts ist umgekehrt proportional dem Alter der ältesten Person in der Familie vor dem Verlust (a_0), d.h. handelt es sich bei der verlorenen Person zugleich um die älteste Person in der Familie vor dem Verlust, so ergibt dies einen vollen Verlust, das Verhältnis a_1 durch a_0 ergibt 1. Ist die verlorene Person im Verhältnis zur ältesten Person vor dem Verlust jünger, so bedeutet dies einen nicht ganz so schweren Verlust, der Quotient ergibt weniger als 1. Dabei geht man offensichtlich von der Vorstellung aus, daß Personen umso eher helfen können, die verlorene Person zu ersetzen, je größer ihr Alter im Verhältnis zur verlorenen Person ist. Außerdem ist die Stärke des Verlusts umgekehrt proportional dem Alter, in dem eine Person den Verlust erlebt und der Anzahl der Personen, die eine Familie konstituieren. Das Alter wird durch a , die Anzahl der Personen in der Familie vor dem Verlust durch $\bar{n}$ ausgedrückt.

- (1) W. Toman: Family Constellation, New York 1962, S. 234 ff.
- (2) W. Toman: Familienkonstellationen. Ihr Einfluß auf den Menschen und seine Handlungen, München 1965.

Man geht dabei ebenfalls von der Annahme aus, daß eine Substitutionsmöglichkeit umso eher gefunden werden kann, je größer die Anzahl der Mitglieder einer Familie ist. An der so zusammengestellten Formel könnte nun noch eine Korrektur für die Änderung des Geschlechterverhältnisses angebracht werden, d.h. es könnte berücksichtigt werden, ob das Geschlechterverhältnis sich in Richtung auf mehr Ausgewogenheit oder weniger Ausgewogenheit ändert. Wir haben für unsere Zwecke darauf verzichtet. Da anzunehmen ist, daß Verluste in ihrer Gesamtwirkung keinen linearen Verlauf nehmen, gilt für mehrere Verluste folgende Beziehung: $l = \sum l_i$, wobei l_i sich als $\frac{1}{-\log k}$ berechnet.

Wie bei den übrigen Daten der Familienkonstellation spielt auch hier nicht nur die jeweilige Konstellation des Kindes eine Rolle, sondern auch die der Eltern, was plausibel erscheint, denn ein Junge, dessen Mutter und Vater unter starken Verlusten gelitten haben, würde von seinen Eltern lernen, z.B., daß er auf der Hut sein muß, Personen nicht zu verlieren. Deshalb haben wir die Verluste der Eltern bei unserer Untersuchung mit einem Viertel zum Verlust des Kindes hinzugerechnet. Wir haben also das l , d.h. den Verlust, für den Vater und das l für die Mutter addiert, durch 4 geteilt (da es sich um zwei Personen handelt und da die Verluste der Eltern in ihrer Wirkung auf das Kind denen, die das Kind selbst erlebt hat, nicht ganz gleich gestellt werden können, erschien uns dieses Verhältnis relativ angemessen; es ist allerdings nur eine Schätzung, die ihre Berechtigung nur so lange hat, als genaue Untersuchungen hierüber noch nicht vorliegen) und zum Verlust des Kindes hinzugerechnet. Die Frage ist, wie man Verluste im ersten

Lebensjahr oder etwa das Fehlen des Vaters zum Zeitpunkt eines halben Jahres verrechnen soll, da das Fehlen des Vaters ja sicher für die Entwicklung eines Kindes ein einschneidendes Faktum ist und es sich im ersten Lebensjahr zumindest über die Stimmungslage der Mutter bemerkbar machen müßte. Doch darauf wollen wir später noch eingehen. Da die Wirkung von Verlusten mit der Zeit, die seit dem Verlust vergangen ist, geringer wird, ergibt sich als endgültige Formel für 1

$$(\text{Gesamtverlust}) = \frac{1}{\log a_p} \sum \frac{l_i}{c_i} \quad \text{wobei wir in unserer}$$

Untersuchung auf c_i verzichtet haben und a_p gesondert ausgewertet haben; a_p ist dabei die Zeit, die seit dem Verlust vergangen ist; c_i der Koeffizient für die Änderung des Geschlechterverhältnisses.

Sieht man die bisherigen Untersuchungen zum Thema Verluste durch, so erhält man den Eindruck, daß ein Zusammenhang zwischen neurotischen, ja psychotischen Entwicklungen und Verlusten existiert. In einer sehr genauen und statistisch sauberen Untersuchung weisen Beck, Sethi und Tuthill (1) nach, daß bei psychiatrischen Patienten mit hohen Depressionsscores viel häufiger Verluste vor dem 16., aber auch vor dem 4. Lebensjahr vorlagen als bei Patienten mit niedrigen Depressionsscores.

- (1) A.T. Beck, B.B. Sethi, R.W. Tuthill:
Childhood bereavement and adult depression.
Arch. gen. Psychiat., 1963, 9.

Nach Terris u.a. (1) weist Frühreife keine Beziehung zur kindlichen Schizophrenie auf, sehr wohl aber ein vorhergehender tödlicher Verlust. Eine Untersuchung von Greer (2) weist einen Zusammenhang zwischen Selbstmord und Elternverlust auf.

Auch über die Wirkung von Geschwisterverlusten liegen Untersuchungen vor. So stellte Shugart (3) fest, daß Geschwister auf Trennung durch die Unterbringung eines Kindes in einer psychiatrischen Klinik mit Angst, selbst auch weggeschickt zu werden, und mit Schuldgefühlen reagieren; oder sie glauben, durch ihre negativen Wünsche gegenüber dem untergebrachten Kind dessen Unterbringung herbeigeführt zu haben. Moriarty (4) fand einen Zusammenhang zwischen frühem Geschwisterverlust und der Angst, bemuttert zu werden, im späteren Lebensalter. Er meint, bei Exploration der Phantasien unmittelbar nach dem Verlusterlebnis könnte eine Reihe von späteren Neurosen vermieden werden. Betrachten wir nun, welche allgemeinen Konsequenzen sich aus dem bisher Gesagten ergeben.

- (1) M. Terris, Rema Lapouse, Mary A. Monk:
The relation of prematurity and previous fetal loss to childhood schizophrenia.
Amer. J. Psychiat. 1964, 121.
- (2) S. Greer: The relationship between parental loss and attempted suicide:
A control study. Brit. J. Psychiat. 1964, 110.
- (3) G. Shugart: Anxiety in siblings upon separation.
Soc. Wk. 1958, 3.
- (4) D.M. Moriarty: Early loss and the fear of mothering.
Psychoanal. Rev. 1962, 49.

E) Allgemeine, aus dem bisher Gesagten
abzuleitende Hypothesen.

- 1.) Personen mit Symptomen der frühen oralen Phase sollten sich von Personen der späten oralen Phase, hinsichtlich ihrer Familienkonstellation und der ihrer Eltern, unterscheiden, ebenso von Personen mit Symptomen der analen Phase und solchen mit Symptomen der ödipalen Phase.
- 2.) Personen mit Symptomen der späten oralen Phase sollten sich hinsichtlich ihrer Familienkonstellation und der ihrer Eltern von Personen mit Symptomen der analen Phase und von solchen mit Symptomen der ödipalen Phase unterscheiden.
- 3.) Personen mit Symptomen der analen Phase sollten sich von Personen mit Symptomen der ödipalen Phase unterscheiden.
- 4.) Personen mit Symptomen der frühen oralen Phase sollten ebenso wie ihre Eltern häufigere, frühere und insgesamt stärkere Verluste erlitten haben, als Personen mit Symptomen der späten oralen oder Personen mit Symptomen der analen Phase oder Personen mit Symptomen der ödipalen Phase sie erlitten haben. Die Verluste der Personen mit frühen oralen Symptomen sollten außerdem weniger lang zurückliegen (da die Verlustwirkung mit der Zeit nachläßt und nach dem System der Psychopathologie dann ein Entwicklungsprozeß in Richtung auf die späte genitale Phase eintreten müßte) und eher Verluste der Kinder und nicht Verluste der Eltern sein.
- 5.) Personen mit Symptomen der späten oralen Phase sollten ebenso wie ihre Eltern häufigere, frühere und insgesamt stärkere Verluste erlitten haben als Personen mit Symptomen der analen oder der ödipalen Phase. Außerdem sollten ihre Verluste weniger lange zurückliegen und eher Verluste der Kinder als der Eltern sein.

- 6.) Personen mit Symptomen der analen Phase sollten ebenso wie ihre Eltern häufigere, frühere und insgesamt stärkere Verluste erlitten haben als Personen mit Symptomen der ödipalen Phase. Außerdem sollten ihre Verluste weniger lang zurückliegen und eher Verluste der Kinder als der Eltern sein, im Vergleich zu den ödipal fixierten Personen.
- 7.) Insgesamt sollte die Gruppe der Personen mit frühen oralen Symptomen stärker hinsichtlich ihrer Familienkonstellation (einschließlich Verluste) von Personen mit analen Symptomen unterschieden sein als von Personen mit späten oralen Symptomen, und von Personen mit analen Symptomen schwächer als von Personen mit ödipalen Symptomen. Personen mit späten oralen Symptomen sollten von Personen mit analen Symptomen wenig, stark unterschieden sein als von Personen mit ödipalen Symptomen. Wenn wir unser psychoanalytisches Entwicklungsschema vor Augen haben: frühoral, spätoral, anal, ödipal, so sollten Personen, allgemein gesagt, umso mehr voneinander unterschieden sein, je weiter ihre Fixierung auf diesem Schema auseinander liegt.
- 8.) Besonderes Interesse verdient in diesem Zusammenhang die Frage nach der Stellung der Personen mit organ-neurotischen Symptomen, da hier in der Literatur ja, wie oben gesagt, sehr unterschiedliche Meinungen herrschen; insbesondere interessiert uns, ob die Personen mit organneurotischen Symptomen allgemein eher der depressiven oder eher der zwangsneurotischen Struktur zugehören.

Es ist klar, daß die hier gemachte Gleichsetzung von Symptomen und neurotischer Struktur etwas problematisch ist. Nach Anna Freud (1) bereitet es im Kindesalter mehr Schwierigkeiten als bei Erwachsenen, sich für die Stellung der Diagnose am Symptom zu orientieren, da kindliche Hemmungen, Symptome und Ängste häufig Begleiterscheinungen der normalen Entwicklungsvorgänge sein können. Wir haben versucht, das dadurch entstehende Problem zu lösen, indem wir die Symptome haben gewichten lassen, wie noch beim Versuchsplan zu schildern sein wird. Dementsprechend haben wir nur das bei einer Person vorhandene stärkste Symptom mit der jeweils zugehörenden Struktur gleichgesetzt, ausgehend von der Annahme, daß z.B. ein besonders starker Stotterer wohl in einigen Fällen auch eine schizoide Charakterstruktur haben kann, aber ohne zwangsneurotische Elemente das Stottern wohl kaum zustande kommen kann und somit unser Irrtum nicht allzu schwerwiegend sein dürfte. Symptom heißt ja Anzeichen, insofern dürfen wir wohl annehmen, daß zwischen Stottern und zwangsneurotischer Struktur zumindest eine sehr hohe Korrelation besteht.

- (1) Anna Freud: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Stuttgart 1968.

F) Spezielle Hypothesen.

- 1.) Bezüglich der allgemeinen Familienkonstellationstheorie und ihrer Beziehung zu den verschiedenen Neurosestrukturen.

Die meisten Hypothesen sollten hier ungerichtet geprüft werden, d.h. es sollte von vornherein nur angenommen werden, daß auf verschiedenen Entwicklungsstufen fixierte Personen sich hinsichtlich ihrer Geschwisterposition, ihrer Geschlechterverteilung, ihrer Geschwisterzahl usw. unterscheiden, ohne daß eine bestimmte Richtung des Unterschiedes von vornherein angenommen werden sollte. Nur in wenigen Fällen könnten wir hierbei genauere Vorstellungen über das entwickeln, was als Ergebnis bei den verschiedenen Fragestellungen herauskommen könnte: verwahrloste Personen müßten eher aus größeren Geschwisterreihen stammen, zwangsneurotische Patienten müßten eine extremere Geschlechterverteilung in der Familie erlebt haben als andere Personen, womit dann ihre Rivalitätshaltung zu erklären wäre.

- 2.) Bezüglich der Verluste.

Hier könnten wir annehmen, daß Heimaufenthalte eher zu einer frühoralen Fixierung, also Verwahrlosung oder schizoider Charakterstruktur, führen auf Grund der wenig emotionalen Beziehungen in der Kindheit. Fehlen des Vaters im Alter von einem halben Jahr müßte eher zu einer depressiven Charakterstruktur führen; erst am Ende des ersten Lebensjahres könnte der fehlende Vater

einen direkten Verlust bedeuten, insofern, als der Vater erst zu dieser Zeit eine größere Rolle für das Kind zu spielen beginnt und ein Kind ohne Vater in diesem Alter dann tatsächlich im Nachteil wäre gegenüber anderen Kindern bezüglich der ihm möglichen Motivbefriedigungen, gewiß aber wird das Fehlen des Vaters aber auch vorher schon über depressive Haltungen der Mutter in dieser Zeit wirksam sein. Ferner könnten wir annehmen, daß Personenverluste am häufigsten unter depressiven Personen zu finden sind. Dies wäre nach Bowlby (1) zu erwarten. Die Anzahl der von einer Person und ihren Eltern erlittenen Verluste müßte am größten sein bei schizoiden und verwahrlosten Personen, weniger groß bei depressiven und organenneurotischen (wir haben wegen der Unsicherheit der Zuordnung zu einer bestimmten Struktur die Gruppe der Organenneurotiker gesondert allen anderen neurotischen Strukturen gegenübergestellt. Dennoch wollen wir bei unseren Hypothesen von Fenichel (2) ausgehen und die Vermutung wagen, daß sie vielleicht den depressiven Personen ähnlich sein könnten) noch geringer bei zwangsneurotischen und am geringsten bei hysterischen Patienten.

Die Stärke der von den Kindern erlittenen Verluste (berechnet nach der Verlustformel), der von den Eltern erlittenen Verluste und des aus beiden berechneten Gesamtverlusts, müßte am größten sein bei schizoiden und verwahrlosten Personen, geringer bei depressiven und organenneurotischen und noch geringer bei zwangsneurotischen und noch geringer bei hysterischen Personen.

- (1) J. Bowlby: Mutterliebe und kindliche Entwicklung, München 1972.
- (2) O. Fenichel: The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New York 1945.

Der Zeitpunkt des frühesten Verlustes bei den Kindern und bei den Eltern müßte bei schizoiden und verwahrlosten Patienten früher sein als bei depressiven und organenneurotischen, bei diesen wieder früher als bei zwangsneurotischen und bei diesen früher als bei hysterischen Personen. Die Zeitdauer, die seit den Verlusten vergangen ist, müßte am geringsten sein bei schizoiden und verwahrlosten Patienten, größer bei depressiven und organenneurotischen, noch größer bei zwangsneurotischen und am größten bei hysterischen Personen.

Kurze temporäre Abwesenheiten der Eltern, sowie Abwesenheiten des Vaters an Wochenenden und abends müßten eher in einem labilen Milieu mit schwankender Einstellung gegenüber den Kindern, also bei verwahrlosten Kindern, vorkommen als bei allen anderen Gruppen.

Berufstätigkeit der Mutter müßte häufiger vorkommen in Familien Verwahrloster als in allen anderen Gruppen; außerdem müßten die dadurch entstandenen Verluste schwerer sein, der Zeitpunkt des Verlustes früher als bei allen anderen Gruppen. Die Dauer von Trennungen und Abwesenheiten müßte am größten bei schizoiden Personen, geringer bei depressiven und organenneurotischen, noch geringer bei zwangsneurotischen und am geringsten bei Ödipal gestörten Personen sein. Verwahrloste Personen könnten demgegenüber gekennzeichnet sein durch besonders häufige, aber kurzzeitige Trennungen und Abwesenheiten.

Wollen wir jetzt erst einmal unsere experimentelle Versuchsanordnung und die Auswertungskriterien darstellen, um dann unsere Hypothesen anhand unserer Ergebnisse auf ihre Brauchbarkeit zu überprüfen.

G) Darstellung der Versuchsanordnung
und Auswertungskriterien.

1.) Die Versuchsanordnung.

Die Probanden unserer Untersuchung setzen sich aus insgesamt 163 Kindern, Jugendlichen und, zu einem kleinen Teil, Erwachsenen zusammen, die in den Erziehungsberatungsstellen Coburg, Deggendorf, Erlangen, Hof, Wunsiedel und Arnsberg untersucht worden waren. Die Daten der Familienkonstellation wurden durch den im Anhang beigefügten Fragebogen ermittelt. Der Fragebogen wurde ausführlicher gehalten (z.B. Angabe der Namen und Vornamen von Personen), als es eigentlich notwendig gewesen wäre, um eine möglichst intensive Beschäftigung und ein Sichreinvertsetzen in die geforderte Fragestellung bei den Eltern zu gewährleisten. Die Ausfüllung des Fragebogens dauert nach Angabe der Eltern etwa eine halbe Stunde, die Ausführlichkeit wirkte dabei oft zunächst erschreckend, wobei die Eltern berichteten, daß sie erst beim Ausfüllen gemerkt haben, wieviele Fragen gar nicht auf sie zutreffen, z.B. die über Stiefeltern usw.. Die Rücklaufquote betrug in Arnsberg etwa 45%. Die für die Zuordnung zu einer Struktur notwendigen Symptome wurden mit unserem zweiten im Anhang vorhandenen Fragebogen erfragt. Der Fragebogen wurde vom jeweiligen Psychologen ausgefüllt, wobei Anmeldung, Anamnese und Untersuchungsergebnisse zur Verfügung standen. Wichtig war, daß der einzelne diesen Fragebogen ausfüllende Psychologe nicht über den Zweck des Fragebogens im Zusammenhang der Untersuchung informiert war. Aus diesem Grund beteiligte sich der Verfasser nicht am Ausfüllen der Fragebogen, da sonst unbewußt sicher das Ergebnis beeinflußt worden wäre.

Der zweite Fragebogen umfaßt mehr Symptome, als später für die eigentliche Auswertung erforderlich waren; auch dies sollte zu einer möglichst intensiven Beschäftigung mit dem Fragebogen führen, sowie zur Verschleierung des Zwecks der angestellten Untersuchung. So konnte z.B. das Symptom Schulschwierigkeiten nicht für die Einteilung einer Person in eine unserer Strukturkategorien (verwahrlost, schizoid, depressiv, organenneurotisch, zwangsneurotisch, hysterisch) verwendet werden, da Schulschwierigkeiten prinzipiell jeder dieser Kategorien zugeordnet werden könnten.

Im zweiten Fragebogen sollten alle beim Patienten vorhandenen Symptome auf drei Skalen von eins bis sieben eingestuft werden, auch frühere Symptome, die ebenfalls mitberücksichtigt wurden, sofern sie, was nur ganz selten der Fall war, das stärkste skalierte Symptom darstellten. In der ersten Skala sollte das Symptom ganz allgemein eingestuft werden, ohne Bezug auf das Alter des Probanden, nur im Hinblick darauf, wie stark es beim Probanden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ausgeprägt ist. Die zweite Skala sollte das Symptom einstufen, wie stark es ausgeprägt ist, wenn man das Alter des Probanden mitberücksichtigt, denn Einkoten ist beim Elfjährigen sicher ein stärkeres Symptom als beim Dreijährigen.

Die dritte Skala sollte angeben, wie stark das Symptom ausgeprägt ist nur in bezug auf Erziehungsberatungsfälle, also auf Personen, bei denen Störungen vorliegen. Wir hofften, damit so etwas wie die allgemeine Gestörtheit einer Person miteinzubeziehen, indem wir jedes Symptom in bezug auf eine Gruppe von Personen raten ließen, die alle unter bestimmten Störungen leiden.

Aus den drei erhaltenen Werten bildeten wir das arithmetische Mittel, das dann der Einstufung der jeweiligen Person in eine unserer Strukturkategorien zu Grunde gelegt wurde, d.h. das Symptom, das für eine Person den auf diese Weise erhaltenen höchsten Mittelwert aufwies, wurde der Einstufung zu Grunde gelegt, allerdings muß gesagt werden, daß die Einzelwerte der drei Kategorien sich oft nur minimal unterschieden. Da wir für die Einstufung der Probanden das jeweils am stärksten ausgeprägte Symptom nahmen, mußten wir mit der Möglichkeit rechnen, daß bei einzelnen Personen zwei scores gleich hoch ausgeprägt sein konnten; das war in insgesamt vier Fällen, die wir ausschieden. Ebenso schieden wir die Probanden aus, wenn die höchste Wertung auf ein Symptom fiel, das mehreren Strukturen gleichzeitig zugeordnet hätte werden müssen, z.B. Angst, Schulschwierigkeiten, Fehlidentifikationen (insgesamt 19 Fälle); so ergaben sich also 23 ausgeschiedene Fälle. auf die Kritik dieses Auswahlverfahrens kommen wir später zu sprechen. Es verblieben also 140 Fälle.

2.) Die Auswertungskriterien.

a) Auswertungskriterien der neurotischen Struktur.

Diese 140 Personen wurden nach ihren Symptomen in die Strukturen Verwahrlosung, schizoide Charakterstruktur, depressive Charakterstruktur, zwangsneurotische Charakterstruktur, hysterische Charakterstruktur und Organneurosen (der Einheitlichkeit halber im Folgenden auch als organoneurotische Charakterstruktur bezeichnet) eingeteilt.

Aus Einfachheitsgründen haben wir unsere sechs Gruppen mit Nummern bezeichnet, wobei

- 1a) Verwahrlosung,
- 1b schizoide,
- 2a) depressive,
- 2b) organoneurotische,
- 3) zwangsneurotische,
- 4) hysterische

Charakterstruktur bezeichnen.

Unsere Gruppen kamen durch folgende Symptome zustande und waren folgendermaßen besetzt:

- 1a) Stehlen 7, Distanzlosigkeit 7, Ausreißen 6, Lügen 6 Fälle = 26 Fälle,
- 1b) Kontaktarmut 19, Einnässen von Anfang an 3, exzessives Onanieren 1, Schaukelbewegungen 3, kleinkindliche Sprache 5, Essenschwierigkeiten 1, mangelnde Realitätsbeziehungen 3 = 35 Fälle,
- 2a) Nägelkauen 11, Depressionen 9, hypochondrische Ängste 2, Zündeln 3, Sucht 4 = 29 Fälle,
- 2b) Epilepsie 5, Kopfschmerzen 4, Fettsucht 3, Asthma 3, andere organoneurotische Symptome (z.B. Nabelkoliken) 9 = 24 Fälle,
- 3) Stottern 10, Tics 5, Geschwisterivalität 3, Einkoten 1 = 19 Fälle,
- 4) Kaspeln 1, Phobien 4, zeitweiliges Einnässen 1, Potenzschwierigkeiten 1 = 7 Fälle.

Für manche Fragestellungen haben wir 1a) und 1b) zusammengefaßt als frühorale Fixierung und 2a) und 2b) als spätorale Fixierung; dies ist jedoch jeweils angegeben. Die zur Auswertung gekommenen 140 Fälle

hatten ein Durchschnittsalter von 11,464 bei einer Varianz von $\hat{\sigma}^2 = 24,1$. Sie verteilten sich auf die Herkunftsorte folgendermaßen: Coburg 11, Deggendorf 3, Erlangen 3, Hof 20, Wunsiedel 19, Arnshausen 84.

b) Die Auswertungskriterien der allgemeinen Familienkonstellationen.

Hierbei werteten wir nach folgenden Gesichtspunkten aus:

1.) Geschwisterposition = die Stellung, die ein Kind in seiner Geschwisterreihe einnimmt; hierbei wird untergliedert in älteste Geschwister, mittlere Geschwister, jüngste Geschwister und Einzelkinder.

2.) Geschlechterverteilung in der Familie:

Hierbei wird unterteilt in

monosexuell = das eigene Geschlecht überwiegt in der Familie;

heterosexuell = das andere Geschlecht überwiegt in der Familie;

bisexuell = beide Geschlechter sind gleich stark vertreten.

Da die Gruppen bi- und heterosexuell jeweils allein zu schwach besetzt waren, um ausgewertet werden zu können, haben wir sie zusammengefaßt und der Gruppe monosexuell gegenübergestellt. Einzelkinder haben wir als monosexuell gewertet, da ja tatsächlich in ihrer Familie das eigene Geschlecht überwiegt.

3.) Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie:

Es ist dies die Stärke, in der eines der beiden Geschlechter in der Familie überwiegt, ohne Rücksicht darauf, um welches Geschlecht es sich handelt und wie das Geschlecht des Probanden ist. Als Maßzahl wurde die Anzahl der Personen genommen, um die das überwiegende Geschlecht stärker vertreten ist als das nicht überwiegende. Bisexuelle Geschlechterverteilungen wurden hierbei nicht betrachtet. 2 bedeutet demnach: Eines der beiden Geschlechter überwiegt das andere in der Familie um 2 Personen. Es könnten demnach 5 Frauen und 3 Männer oder umgekehrt oder 6 Frauen, 4 Männer usw. in der Familie vorhanden sein; Einzelkinder sind dabei nicht berücksichtigt.

4.) Geschwisterzahl:

Dies ist die Anzahl der Kinder in der Familie ohne den Probanden.

5.) Geschlechtskonflikte in der Eltern- und Geschwister-Beziehung:

Hierbei wurden Eltern, die Einzelkinder sind, als monosexuell eingestuft.

Es wurden einander 2 Gruppen gegenübergestellt: die Gruppe mit totalem Geschlechtskonflikt in der Eltern- und Geschwister-Beziehung, d.h. beide Eltern entstammen monosexuellen Geschwisterreihen, sie sind beide nicht gut auf das andere Geschlecht vorbereitet. Dies wäre die Gruppe: monosexuell - monosexuell. Kein Geschlechtskonflikt wurde angenommen, wenn die Eltern folgende Konstellationen hatten:

monosexuell	-	bisexuell,
heterosexuell	-	bisexuell,
heterosexuell	-	monosexuell,
bisexuell	-	bisexuell,
heterosexuell	-	heterosexuell.

- 6.) Unausgewogenheit in der ursprünglichen Familie der Eltern, d.h. ob die Eltern gewohnt sind, eine ausgeglichene oder eine unausgeglichene Geschlechterverteilung vorzufinden:

Als Maß dafür diente uns die Anzahl der Personen, um die das überwiegende Geschlecht in der Familie des Vaters stärker vertreten ist, als das nicht überwiegende, plus die Anzahl der Personen, um die das überwiegende Geschlecht in der Familie der Mutter stärker vertreten ist, als das nicht überwiegende.

- 7.) Die Zahl der Geschwister der Eltern = Zahl der Geschwister des Vaters plus Zahl der Geschwister der Mutter.

- 8.) Rankonflikte in der Elternehe:

Eine Unverträglichkeit der Eltern in bezug auf ihr dominance-submission Verhalten, also ein Rankonflikt in der Ehe, wurde angenommen bei den Konstellationen:

ÄÄ (Vater und Mutter älteste Geschwister),

EE (Vater und Mutter Einzelkinder),

JJ (Vater und Mutter jüngste Geschwister),

ÄE (einer der beiden Elternteile ältestes Geschwister, einer der beiden Elternteile Einzelkind).

Wegen der bisherigen Untersuchungsergebnisse, in denen Einzelkinder oft Ähnlichkeit mit ältesten Geschwistern hatten, wurde die Konstellation ÄE als Rankonflikt gewertet.

Ein geringerer Rangkonflikt wird angenommen bei:

MM (beide Eltern mittlere Geschwister),

ÄM

EM

JM

Gar kein Rangkonflikt wurde angenommen bei:

ÄJ

EJ.

9.) Auswertungskategorien über den Bereich der Familienkonstellation hinaus oder im Grenzbereich:

Von uns wurden auch noch folgende Fragen in unseren Fragebogen aufgenommen, die zwar allgemeinen psychoanalytischen Vorstellungen entspringen, aber nicht ausschließlich in den Rahmen der Familienkonstellationstheorie gehören:

Stillzeit = die Zeit, die ein Kind gestillt worden ist; Zeitpunkt der Sauberkeit = die Zeit, zu der nach Angaben der Eltern ein Kind sauber war. Dabei war natürlich darauf zu achten, daß wir nicht Personen mit auswerteten, die auf Grund von Einnässen oder Einkoten einer bestimmten Struktur zugeordnet waren. Außerdem müssen wir uns in der Kritik noch überlegen, ob es sich bei der Beantwortung dieser Fragen nicht oft mehr um Phantasievorstellungen der Eltern gehandelt haben könnte, als um reale Tatbestände. Wir hatten diese beiden Fragen in unseren Fragebogen aufgenommen, weil uns interessierte, ob bei den vielen widersprüchlichen Untersuchungen, die teilweise z.B. einen Zusammenhang zwischen Geiz und Sauberkeit usw. erbringen, während andere Untersuchungen wieder keine Zusammenhänge irgendwelcher

Art finden können, sich nicht im psychopathologischen Bereich ein Zusammenhang zwischen verschiedenen Strukturen bzw. Symptomen einerseits und Stillzeit und Sauberkeit andererseits ergeben könnte, zumal bei diesen beiden Daten doch möglicherweise sehr deutlich unbewußte Haltungen der Eltern zum Ausdruck kommen könnten. Wir sind uns aber darüber im klaren, daß wir mit diesen beiden Fragen die Härte und Objektivität der Familienkonstellationsdaten verlassen haben. Entsprechend unserem Fragebogen läßt sich die Stillzeit einteilen in: gar nicht, etwa eine Woche, ein bis vier Wochen, vier bis acht Wochen, länger als acht Wochen. Aus Gründen der Frequenz schien es angebracht, die Kategorien gar nicht oder eine Woche zusammenzufassen und der Kategorie länger als eine Woche gegenüberzustellen.

Entsprechend unserem Fragebogen läßt sich der Zeitpunkt der Sauberkeit einteilen in: weniger als ein halbes Jahr, eine Kategorie, in der wir überhaupt keine Antwort bekamen, was eigentlich darauf hindeutet, daß die Phantasie der Eltern bei der Beantwortung dieser Frage doch nicht allzu stark mit ihnen durchgegangen sein kann, dann die Kategorie zwischen einem halben Jahr und einem Jahr, eine Kategorie, in der wir insgesamt nur 7 Antworten bekamen, dann die Kategorie zwischen ein bis zwei und später als zwei Jahre. Aus Gründen der Frequenz war hier eine Einteilung in sauber vor zwei Jahren - sauber nach zwei Jahren günstig.

Außerdem nahmen wir in unseren Fragebogen die Frage nach der Anzahl der vom Kind erlebten Umzüge und Schulwechsel auf. Auch die Anzahl von erlebten Operationen und den Zeitpunkt der Operationen nahmen wir in unsere Auswertungskategorien auf.

c) Auswertungskriterien bezüglich der Personenverluste:

Als Verluste zählten wir Verluste von Personen durch Tod oder Scheidung.

- 1.) Leider ergaben sich, wie aber fast zu erwarten war, bei der Frage nach den Verlusten der Kinder, selbst unter Berücksichtigung lange dauernder Abwesenheiten und Trennungen, zu wenig Fälle, um eine sinnvolle Auswertung zu gestatten. Unser Material war also leider nicht geeignet, über diese wichtige Frage Aufschluß zu geben. Wir haben allerdings die Verluste der Kinder im Rahmen des noch zu erwähnenden Gesamtverlusts mit berücksichtigt. Für die Auswertung dieses Gesamtverlusts hatten wir genügend Fälle zur Verfügung.
- 2.) Ein wichtiges Kriterium war der Zeitpunkt des frühesten Verlusts beim Vater, ferner der Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter.
- 3.) Ausgewertet wurde auch die Stärke des Elternverlusts, für beide Eltern zusammen, berechnet nach der oben angegebenen Formel.
- 4.) Der Gesamtverlust setzte sich zusammen aus dem Verlust des Kindes, plus dem Verlust der Eltern geteilt durch vier. In diesem Rahmen fanden also die Verluste der Kinder Berücksichtigung, da durch die

Hinzunahme der Verluste der Eltern genügend Fälle entstanden waren, um eine sinnvolle Auswertung zu gestatten. Wenn wir von den Verlusten der Kinder oder Verlusten der Eltern sprechen, müssen wir uns darüber im klaren sein, daß wir eigentlich korrekterweise besser von den Verlusten, die von den Kindern bzw. den Eltern erlebt worden sind, sprechen würden. Auf die genaue Berechnung der Verluststärke und unsere hypothetische Annahme, daß der Verlust der Eltern sich mit einem Viertel auf das Kind auswirkt, sind wir bereits oben eingegangen.

- 5.) Die Zeitdauer, die seit dem Verlust der Eltern vergangen ist, also wie lange der Verlust der Eltern zurückliegt.
- 6.) Die Frequenz der Personen, die selbst oder deren Eltern einen Verlust erlitten haben.
Aus Gründen der statistischen Auswertung (Erhöhung der Felderzahlen in der Vierfeldertafel) haben wir bei dieser und bei ähnlichen folgenden Fragen nicht nur den Verlust der Kinder, sondern jeweils auch immer den Verlust der Eltern mit hinzugezählt. Wir prüften jeweils also immer, ob in einer Kategorie Kind, Vater oder Mutter häufiger einen Verlust erlitten haben, als in einer anderen Kategorie.
- 7.) Die Anzahl der Verluste bei Kind und Eltern, wobei wir jeden Verlust als eins gezählt haben. Dies erschien uns legitim, da wir eine unterschiedliche Gewichtung, je nachdem, ob es sich um einen Verlust des Kindes oder der Eltern handelte, ja bereits bei der Auswertung des Gesamtverlusts vorgenommen hatten.

- 8.) Die Frequenz der Personen, bei denen der Vater abends oder am Wochenende nicht zu Hause ist.
Hier hatten wir auf Grund der Konstruktion unseres Fragebogens nur Angaben über den Vater des Kindes, nicht aber über den Großvater zur Verfügung.
- 9.) Die Anzahl der Abwesenheiten des Vaters an Wochenenden oder abends, wobei wir jede Abwesenheit als eins zählten. Zwar handelt es sich bei der Abwesenheit am Wochenende um zwei Tage, vielleicht um etwas mehr und insofern könnte dies ein schwererer Verlust sein, als die Abwesenheit abends. Auf der anderen Seite bezog sich unsere Frage nach der Abwesenheit am Wochenende auf den ganzen Monat, die Frage nach der Abwesenheit abends auf die Woche. Insofern glaubten wir uns berechtigt, jede dieser Abwesenheiten als eins zu zählen.
- 10.) Die Frequenz der Personen mit Berufstätigkeit der Mutter. Wir zählten dabei alle Fälle, bei denen hierüber Angaben gemacht worden waren, zumal wir ja das Alter und die Stärke des jeweiligen partiellen Verlusts gesondert untersuchten. Wenn die Mutter bei einem Kind wieder arbeiten geht, vielleicht halbtags, wenn das Kind sechs Jahre alt ist, so ist dies sicher kein schwerwiegender Verlust, zumal das Kind ja in dieser Zeit im Kindergarten sein könnte. Allerdings gingen wir von der Annahme aus, daß dadurch doch eine zusätzliche Belastung der Mutter entstehen könnte und daß die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit zu diesem Zeitpunkt aus ganz bestimmten Haltungen heraus entstehen könnte, die bei den Müttern, die die

Berufstätigkeit zu diesem Zeitpunkt nicht wieder aufnehmen, eben nicht existieren. Insofern fühlten wir uns berechtigt, alle Angaben hier zu berücksichtigen.

11.) Das Alter zum Zeitpunkt des partiellen, d.h. durch die Berufstätigkeit der Mutter entstandenen Verlusts bei den Kindern. Auf den Begriff des partiellen Verlusts, so wie wir ihn hier verstanden wissen wollen, kommen wir später noch zu sprechen.

12.) Das Alter zum Zeitpunkts des partiellen Verlusts bei den Eltern.

13.) Die Stärke des partiellen Verlusts bei den Kindern. Der Einfachheit halber haben wir hier mit einer Kurzformel gearbeitet, nämlich mit $k = \frac{1}{\sqrt{a} (\bar{n} - 1)}$.

Dies schien uns insofern sinnvoll, als bei der Berufstätigkeit der Mutter a_1 und a_0 häufig fast gleich sind und außerdem t dem im Nenner stehenden a entspricht. Bei Halbtagsarbeit der Mutter haben wir den Nenner mit 2, bei Heimarbeit mit 4 multipliziert. Mit den so erhaltenen Werten k verfahren wir, wie oben für die endgültigen Verluste angegeben, als wir l_i berechneten.

14.) Die Stärke des partiellen Verlusts bei den Eltern.

15.) Die Stärke des partiellen Gesamtverlusts.

Hier haben wir den partiellen Verlust der Eltern analog zum endgültigen Verlust der Eltern mit einem Viertel angerechnet.

16.) Körperliche Behinderungen bei Kindern, Eltern oder Großeltern der Patienten.

Bei den Kindern waren hier kaum Fälle, bei Eltern und Großeltern waren jedoch viele Angaben gemacht worden. Überwiegend handelte es sich hierbei um Kriegsverletzungen der Väter, zum Teil auch der Großväter. Organneurosen, z.B. Asthma, haben wir nicht berücksichtigt, da sonst unsere Ergebnisse anfechtbar gewesen wären, wenn sich z.B. in der Gruppe der organneurotischen Personen besonders viele mit körperlichen Behinderungen gefunden hätten.

17.) Heimaufenthalte, Vorhandensein von Stiefeltern, Adoptiveltern, uneheliche Geburt, Wechsel zwischen Eltern und Großeltern nebeneinander in der Erziehung, dauernder Wechsel für ständig zu den Großeltern, Aufgewachsensein bei Verwandten, Aufgewachsensein bei einer Kinderfrau oder fremden Leuten, Fehlen des Vaters im Alter von einem halben Jahr mindestens für zwei Jahre. Auch bei diesen Fragestellungen haben wir das Kind, Vater oder Mutter des Kindes in gleicher Weise berücksichtigt.

18.) Die Frequenz der Personen mit temporären, d.h. vorübergehenden Verlusten.

Hierzu zählten wir alle Trennungen und Abwesenheiten, die z.B. durch Krankenhausaufenthalte entstanden waren, vorausgesetzt, daß sie eine gewisse Mindestdauer von einem Monat überschritten und vor dem Erreichen des achten Lebensjahres eingetreten waren (diese Bedingungen waren in unserem Fragebogen angegeben).

- 19.) Anzahl der Trennungen beim Kind, Anzahl der Abwesenheiten beim Kind, Dauer der Trennung beim Kind, Dauer der Abwesenheit beim Kind, Dauer der Trennung bei den Eltern, Dauer der Abwesenheit bei den Eltern. Hier wurden alle Trennungen und Abwesenheiten berücksichtigt, da wir ja davon ausgingen, daß vielleicht die Gruppe der Verwahrlosten durch besonders häufige, aber kurz dauernde Trennungen und Abwesenheiten gekennzeichnet sein könnte. Hingegen werteten wir bei der Frage des Alters zum Zeitpunkt von Trennung und Abwesenheit bei den Eltern, sowie bei der Zeitspanne, die seit Trennung und Abwesenheit bei den Eltern vergangen ist, nur solche Verluste, die, sofern sie im Alter von 0 - 1 entstanden sind, die Dauer von drei Monaten, sofern sie im Alter von 1 - 2 entstanden sind, die Dauer eines halben Jahres, sofern sie im Alter von 3 - 6 entstanden sind, die Dauer von neun Monaten und sofern sie im Alter von 7 - 10 entstanden sind, die Dauer von zwei Jahren überschritten. Dabei gingen wir von der Vorstellung aus, daß die Zeitdauer seit dem Verlust und das Alter zum Zeitpunkt des Verlusts, noch dazu bei den Eltern, nur dann von einer gewissen Relevanz sind, wenn der jeweilige temporäre Verlust in einem bestimmten Alter der betreffenden Person eine gewisse Zeitdauer überschritten hat, also einem endgültigen Verlust annähernd vergleichbar ist, während wir bei der Frage nach Anzahl und Dauer der temporären Verluste davon ausgingen, daß auch sehr viele kleinere Trennungen und Abwesenheiten zu Schäden der betreffenden Person führen können.

Im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit der Mutter, die nach einigen Untersuchungen (Becher) (1) in Zusammenhang steht mit Verwahrlosungserscheinungen, interessierte uns die Frage nach der Auswirkung partieller Verluste, also die Frage danach, was denn nun eigentlich die spezielle Wirkung von partiellen Verlusten auf die Erlebnisweise und Vorstellungen eines Kindes ist. Die entsprechende Versuchsanordnung soll später im Zusammenhang mit den partiellen Verlusten geschildert werden.

- (1) Sigrun-Heide Becher: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Verwahrlosung Jugendlicher. Vordiplomarbeit aus dem psychologischen Institut der Universität Erlangen-Nürnberg, 1967.

H) Die Ergebnisse und ihre Interpretation.

Die Kritik an unserer Versuchsanordnung sowie den angewandten statistischen Methoden soll später geübt werden.

Leider ergaben sich in der Gruppe der hysterischen Personen so wenig Fälle (7), daß oft, wenn dann z.B. von diesen sieben nur die Personen mit Verlusten berücksichtigt werden sollten, keine statistischen Vergleiche mehr angestellt werden konnten wegen der zu geringen Anzahl von Personen in dieser Gruppe. Unsere Aussagen werden sich also überwiegend auf Unterschiede zwischen den Gruppen 1a, 1b, 2a, 2b und 3 beschränken müssen.

1.) Ergebnisse zur allgemeinen Theorie der Familienkonstellation.

a) Geschwisterposition und Struktur.

Im folgenden ist der griechische Buchstabe chi immer durch x ersetzt. Die Erwartungswerte sind jeweils in Klammern angegeben.

M = die infrage stehende Person ist mittleres Geschwister,

J = sie ist jüngstes Geschwister,

Ä = sie ist ältestes Geschwister,

E = sie ist Einzelkind.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
M	8(5,94)	5 (8)	6(6,62)	4(5,49)	7(4,33)	2(1,6)	32
J	5(6,13)	7(8,25)	11(6,54)	4(5,66)	4(4,48)	2(1,65)	33
A	8(9,84)	20(13,25)	7(10,98)	10(9,08)	6(7,19)	2(2,65)	53
E	5(4,09)	3(5,5)	5(4,56)	6(3,77)	2(3)	1(1,1)	22
	26	35	29	24	19	7	140

Da wir hier über alle Gruppen kein signifikantes χ^2 errechnen konnten, müssen die folgenden Ergebnisse mehr als Anhaltspunkte und weniger als voll gesichert angesehen werden (siehe Kritik an den statistischen Methoden).

Tabelle II

	1a	1b	
M	8(5,07)	5(7,93)	13
Ä	8(10,93)	20(17,07)	28
	16	25	41

$\chi^2 = 3,734$ (df = 1, p = 10%), d.h. mittlere Geschwister neigen eher zur Verwahrlosung, älteste eher zur schizoiden Charakterstruktur.

Für die Zahl 5 wurde die Kontinuitätskorrektur durchgeführt.

Tabelle III

	1b	2a	
J	7(10,8)	11(7,2)	18
Ä	20(16,2)	7(10,8)	27
	27	18	45

$\chi^2 = 5,571$ (df = 1, p = 2%), d.h. Jüngste neigen eher zur depressiven, Älteste eher zur schizoiden Charakterstruktur.

Tabelle IV

	1b	3	
M	5(7,9)	7(4,1)	12
Ä	20(17,1)	6(8,9)	26
	25	13	38

$\chi^2 = 4,157$ (df = 1, p = 5%), d.h. älteste Geschwister neigen eher zur schizoiden, mittlere eher zur zwangs-neurotischen Charakterstruktur.

Für die Zahl 5 wurde die Kontinuitätskorrektur durchgeführt.

Vergleicht man die Geschwisterposition des Ältesten mit allen anderen Geschwisterpositionen zusammen, so ergibt sich:

Tabelle V

	1a	1b	
Ä	8(12)	20(16)	28
M,J,E	18(14)	15(19)	33
	26	35	61

$\chi^2 = 4,318$ (df = 1, p = 5%), d.h. älteste Geschwister neigen weniger zur Verwahrlosung als zum Schizoiden, im Vergleich zu allen anderen Geschwisterpositionen.

Tabelle VI

	1b	2a	
Ä	20(14,7)	7(12,3)	27
M,J,E	15(20,3)	22(16,7)	37
	35	29	64

$\chi^2 = 7,071$ (df = 1, p = 1%), d.h. älteste Geschwister neigen mehr zum Schizoiden, weniger zum Depressiven als alle anderen Geschwister.

Interpretation:

Älteste Geschwister scheinen demnach am ehesten zur schizoiden Charakterstruktur zu neigen, die depressive und verwahrloste Struktur scheint bei ihnen besonders gering ausgeprägt. Dies ist erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß die Ältesten diejenigen in der

Familie sind, die die Konflikte zwischen den Eltern oder zwischen Eltern und Kindern am stärksten abbekommen, die somit auch den größten Belastungen ausgesetzt sind und am weitesten regrediert sein müßten. Sie sind sozusagen der Puffer zwischen den Eltern und den übrigen Geschwistern (Toman) (1). Außerdem wäre vorstellbar, daß in einer unglücklichen Ehe die Eltern am meisten unbewußte Ablehnungsgefühle gegenüber dem ersten Kind empfinden, das sie möglicherweise erst zur Ehe veranlaßt hat, daß bei den weiteren Kindern diese Gefühle schon etwas abgeschwächt sind und daß die Eltern sich bei diesen Kindern schon mit der Tatsache, zusammenleben zu müssen, abgefunden haben. Daß Älteste weniger zur Verwahrlosung neigen, wäre denkbar, denn auf Grund ihrer Geschwisterposition neigen sie am ehesten zur Übernahme von Verantwortung und Führung, das Ausweichen unter Druck dürfte also am wenigsten in ihrer Linie liegen. Auch daß Jüngste gegenüber den Ältesten am ehesten zur depressiven Charakterstruktur neigen, wird verständlich, wenn wir uns die Rolle der Jüngsten als Nesthäkchen vor Augen halten. Verwöhnung ist ja nach Riemann (2) eine der wesentlichen Ursachen für spätere depressive Verhaltensweisen.

- (1) W. Toman: Familienkonstellationen. Ihr Einfluß auf den Menschen und seine Handlungen, München 1965.
- (2) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.

b) Geschlechterverteilung und Struktur.

Monosexuell = das Geschlecht der betreffenden Person überwiegt in der Familie,

heterosexuell = das andere Geschlecht überwiegt in der Familie,

bisexuell = beide Geschlechter sind ausgeglichen.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
monosexuell	30(36,17)	38(31,12)	15(15,41)	83
bi- u. heterosexuell	31(24,83)	15(21,58)	11(10,59)	57
	61	53	26	140

$\chi^2 = 5,996$ (df = 2, p = 5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Geschlechterverteilung und Neurosestruktur. Im einzelnen ergibt sich:

Tabelle II

	1a + b	2a + b	
monosexuell	30(36,4)	38(31,6)	68
bi- u. heterosexuell	31(24,6)	15(21,4)	46
	61	53	114

$\chi^2 = 6,00$ (df = 1, p = 2%), d.h. spätoral fixierte Personen (2a + b) entstammen eher monosexuellen, frühoral fixierte Personen (1a + b) eher bi- und heterosexuellen Familien.

Tabelle III

	1b	2b	
monosexuell	15(19)	17(13)	32
bi- u. heterosexuell	20(16)	7(11)	27
	35	24	59

$\chi^2 = 4,5269$ (df = 1, p = 5%), d.h. organneurotische Personen entstammen eher monosexuellen, schizoide Personen eher bi- und heterosexuellen Familien.

Tabelle IV

	1b	2a	
monosexuell	15(19,7)	21(16,3)	36
bi- u. heterosexuell	20(15,3)	8(12,7)	28
	35	29	64

$\chi^2 = 5,66$ (df = 1, p = 2%), d.h. depressive Personen entstammen eher monosexuellen, schizoide Personen eher bi- und heterosexuellen Familien.

Interpretation:

Die Geschwisterverteilung in einer Familie hat einen Einfluß auf die Art der Fixierung. Spätoral fixierte Personen entstammen eher monosexuellen Geschwisterreihen, frühoral fixierte Personen eher bi- und heterosexuellen Geschwisterreihen. Insbesondere sind Organneurotiker und depressive Personen von schizoiden Personen bezüglich der Geschlechterverteilung in der Familie unterschieden. Wir könnten dies so interpretieren, daß bei gestörten Familien es eine zusätzliche Belastung für die Kinder ist, wenn das entgegengesetzte Geschlecht stark

unter den Geschwistern vertreten ist, oder wenn die Geschlechter ausgeglichen sind, da dies dann eine zusätzliche Quelle für Gefühle der Schwäche und Minderwertigkeit bedeuten könnte, daß hierdurch neue Konflikte auftreten, die von den Kindern nicht bewältigt werden können. Im Gegensatz dazu könnte, immer unter der Voraussetzung, daß es sich um bereits gestörte Familien handelt, eine monosexuelle Geschlechterverteilung in der Familie eher beruhigend wirken und für eine Atmosphäre mit weniger Reibungen sorgen, so daß Bi- und Heterosexualität zu stärkerer Regression und deshalb eher zur schizoiden Charakterstruktur führen. Denkbar wäre aber auch eine andere Interpretationsmöglichkeit, nämlich daß eine monosexuelle Geschwisterreihe eher zu Verzicht auf Kontakt mit Personen des anderen Geschlechts, vielleicht zu Verzicht allgemein führt und somit eher zu einer resignierten Haltung, daß aber der Kontakt mit Personen des gleichen Geschlechts durchaus gut gelebt und aufrecht erhalten werden kann, während hingegen bei den bi- und heterosexuellen Personen nur überwiegend der Kontakt mit Personen des anderen Geschlechts gepflegt werden könnte, daß aber dies zu gefährlich erscheint und deshalb der Kontakt ganz allgemein gemieden wird, was ja ein Zeichen der schizoiden Charakterstruktur wäre. Wahrscheinlich sollten wir jedoch davon ausgehen, daß die beiden Faktoren in der erwähnten Richtung nur wirken unter der Voraussetzung, daß bereits andere Störungen vorliegen. Ob eine von unseren beiden Interpretationsmöglichkeiten und welche richtig ist, müßten weitere Untersuchungen zeigen.

c) Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter und Struktur.

1 bedeutet: In der Familie überwiegt das andere Geschlecht oder das Geschlecht der betreffenden Person um eine Person,

2 bedeutet: um zwei Personen,

3 bedeutet: um drei Personen oder mehr.

Im folgenden wurde bei Frequenzen von 5 und darunter immer die Kontinuitätskorrektur angewandt.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
1	8(10,4)	13(5,5)	5(10,1)	26
2	17(13,2)	13(17,3)	3(2,5)	33
3	5(6,4)	3(5,2)	8(3,4)	16
	30	29	16	75

$\chi^2 = 22,0393$ (df = 4, p = 1 %), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie und der Neurosestruktur. Im einzelnen ergab sich:

Tabelle II

	2a + b	3	
1	13(11,74)	4(5,26)	17
2	13(10,36)	2(4,64)	15
3	3(6,9)	7(3,1)	10
	29	13	42

$\chi^2 = 8,4870$ (df = 2, p = 2 %) d.h. zwangsneurotische Personen haben eine stärkere Unausgewogenheit der Geschlechter in ihrer Familie erlebt als spätoral fixierte Personen.

Tabelle III

	1a + b	3	
1	8(8,37)	4(3,63)	12
2	17(13,26)	2(5,74)	19
3	5(8,37)	7(3,63)	12
	30	13	43

$\chi^2 = 7,0080$ (df = 2, p = 5 %), d.h. bei frühoral fixierten Personen überwiegt ein Geschlecht in ihrer Familie am ehesten um zwei Personen, bei zwangsneurotischen Personen am ehesten um drei oder mehr Personen.

Tabelle IV

	1b	3	
1	4(4,53)	4(3,47)	8
2	12(7,94)	2(6,06)	14
3	1(4,53)	7(3,47)	8
	17	13	30

$\chi^2 = 9,8308$ (df = 2, p = 1%), d.h. schizoide Personen stammen eher aus Familien, in denen ein Geschlecht um zwei Personen überwiegt, zwangsneurotische Personen eher aus Familien, in denen ein Geschlecht um drei oder mehr Personen überwiegt.

Tabelle V

	2a	3	
1	7(6,23)	4(4,77)	11
2	9(6,23)	2(4,77)	11
3	1(4,54)	7(3,46)	8
	17	13	30

$\chi^2 = 8,0795$ (df = 2, p = 2%), d.h. depressive Personen entstammen Familien, in denen das Geschlechterverhältnis ausgeglichener ist als zwangsneurotische Personen.

Interpretation:

Unsere Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß die Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie einer Person Einfluß auf die Neurosenstruktur der betreffenden Person hat. Insbesondere scheinen zwangsneurotische Personen durch eine besonders stark ausgeprägte Unausgewogenheit der Geschlechterverteilung hervorstechen. Dies könnten wir so erklären, daß eine extreme Geschlechterverteilung zu einer starken Rivalitätshaltung führt. Sowohl wenn das eigene Geschlecht, als auch wenn das fremde Geschlecht stark überwiegt, ist man daran gewöhnt, daß gekämpft wird. Im Falle des Überwiegens des fremden Geschlechts kann man die Personen des anderen Geschlechts gegeneinander ausspielen, zugleich muß man aber auch Angst haben, daß dieser Vorteil sich nicht in allen Gruppen ergeben könnte, man wird also ängstlich bemüht sein, überall eine Vorzugsstellung einzunehmen. Im Falle eines starken Überwiegens des eigenen Geschlechts könnten Personen Angst haben, nicht genügend Kontakt zu Personen des anderen Geschlechts zu bekommen, sie müßten eifersüchtig bemüht sein, überall Rivalen auszuschalten. Beides würde letzten Endes zu einer starken Eifersuchts- und Rivalitätshaltung führen, was ein wesentliches Charakteristikum zwangsneurotischer Personen ist. Wichtig für weitere Untersuchungen wäre anzumerken, daß diese Variable sich als eine deutlich zwischen zwangsneurotischen Gruppen und anderen unterscheidende herausgestellt hat und sie somit einen guten differentialdiagnostischen Anhaltspunkt bietet, obwohl dem Autor aus der Literatur bisher noch keine Verwendung dieser Variablen bekannt ist.

d) Geschwisterzahl und Struktur.

- 1 = die betreffende Person hat ein Geschwister,
 2 = zwei Geschwister,
 3 = drei oder mehr Geschwister.

Für eine Abklärung, ob überhaupt eine Beziehung zwischen Geschwisterzahl und Struktur besteht, haben wir die Gruppe mit zwei Geschwistern und die mit drei oder mehr Geschwistern zusammengefaßt.

Tabelle I

.	1a	1b	2a	2b	3+4	
1	7(10)	22(15,4)	12(11,5)	9(9,1)	7(11)	57
2 oder mehr	14(11)	10(16,6)	12(12,5)	10(9,9)	16(12)	62
	21	32	24	19	23	119

$\chi^2 = 9,982$ (df = 4, p = 5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Geschwisterzahl und Neurosestruktur. Im einzelnen ergab sich:

Tabelle II

	1a	1b	
1	7(11,488)	22(17,512)	29
2	7(4,359)	4(6,641)	11
3	7(5,153)	6(7,847)	13
	21	32	53

$\chi^2 = 5,6291$ (df = 2, p = fast 5%), d.h. schizoide Personen stammen eher aus kleineren Geschwisterreihen, verwahrloste Personen eher aus größeren .

Tabelle III

	1b	2b	
1	22(19,45)	9(11,55)	31
2	4(8,16)	9(4,84)	13
3	6(4,39)	1(2,61)	7
	32	19	51

$\chi^2 = 7,1778$ (df = 2, p = 5%), d.h. organneurotische Personen haben in ihrer Familie am ehesten zwei Geschwister, schizoide Personen am ehesten ein Geschwister oder drei oder mehr.

Tabelle IV

	1b	3	
1	22(17,6)	5(9,4)	27
2	4(5,9)	5(3,1)	9
3	6(8,5)	7(4,5)	13
	32	17	49

$\chi^2 = 5,8074$ (df = 2, p = fast 5%), d.h. zwangsneurotische Personen stammen eher aus größeren Geschwisterreihen, schizoide Personen eher aus kleineren.

Tabelle V

	2b	3	
1	9(7,4)	5(5,66)	14
2	9(7,4)	5(5,66)	14
3	1(4,23)	7(3,77)	8
	19	17	36

$\chi^2 = 5,2298$ (df = 2, p = 10%), d.h. organneurotische Personen stammen eher aus kleineren Geschwisterreihen, zwangsneurotische Personen eher aus größeren.

Interpretation:

Die Geschwisterzahl und die Art der neurotischen Struktur stehen in Zusammenhang. Dabei stellten wir fest, daß Organneurotiker am ehesten aus Familien mit drei Kindern stammen im Vergleich mit schizoiden Personen. Verwahrloste und Zwangsneurotiker stammen offensichtlich eher aus größeren Familien, im Vergleich dazu, Organneurotiker und Schizoide eher aus kleineren Familien. Dies könnten wir damit erklären, daß kleinere Familien heute sozusagen die Regel sind. Da bei größeren Geschwisterreihen eine Schwierigkeit für die Eltern darin besteht, allen Kindern genügend gerecht zu werden, wäre eine Möglichkeit für eine Mutter von sehr vielen Kindern, die Kinder mehr sich selbst zu überlassen, so daß sie weniger soziale Verhaltensweisen auf Grund des geringeren Kontakts mit den Eltern erlernen könnten und sie mehr der Gefahr der Verwahrlosung ausgesetzt wären. Eine andere Möglichkeit der Reaktion einer Mutter wäre, durch besondere Strenge und Dressur zu versuchen, ihre Kinder 'im Griff' zu haben. Dies würde sicher am ehesten eine zwangsneurotische Entwicklung bei den Kindern begünstigen, eine Entwicklung zu Bravheit und Dressiertsein.

e) Geschlechtskonflikte in der Elternehe.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
G	7	14	12	14	8	3	58
kG	14	16	13	6	10	3	62
	21	30	25	20	18	6	120

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir kein signifikantes Resultat. Deshalb sollten wir bei der Interpretation der folgenden Resultate etwas vorsichtig sein, wir können sie jedoch als interessante Hinweise betrachten:

Tabelle II

	1a	2b	
G	7(10,75)	14(10,25)	21
kG	14(10,25)	6(9,75)	20
	21	20	41

$\chi^2 = 5,494$ (df = 1, p = 2%), d.h. organoneurotische Personen haben eher einen Geschlechtskonflikt in der Ehe ihrer Eltern erlebt als verwahrloste Personen. Auch wenn wir die Gruppe der organoneurotischen Personen allen anderen Gruppen gegenüberstellen, ergibt sich ein signifikantes Resultat:

Tabelle III

	2b	alle anderen Gruppen	
G	14(9,67)	44(48,33)	58
kG	6(10,33)	56(51,67)	62
	20	100	120

$\chi^2 = 4,5049$ (df = 1, p = 5%), d.h. Organoneurotiker haben eher einen Geschlechtskonflikt in der Ehe ihrer Eltern erlebt als andere neurotische Personen.

Interpretation:

Personen mit Geschlechtskonflikten sind am häufigsten unter den Organoneurotikern zu finden, relativ selten hingegen unter Verwahrlosten. Überlegen wir uns, was wohl die psychologische Besonderheit für ein Kind sein könnte, wenn die Ehe seiner Eltern konfliktgeladen ist.

Erfahrungsgemäß neigen Mütter, die in ihrer Ehe unglücklich sind, eher dazu, sich auf ihre Kinder zu stürzen, sie besonders zu behüten und somit "fast zu erdrücken". Es ist aber dies genau das Milieu, das häufig für Organneurosen, zumindest für den Asthmatiker, geschildert wird. Das Bild vom Kind 'dem die Luft wegbleibt', weil es vor lauter Kontrolle, vor lauter Behütung fast erstickt, führt uns dies deutlich vor Augen. Wir könnten also vermuten, daß eine Organneurose möglicherweise dadurch zustande kommt, daß die in der Ehe unglückliche Mutter ihre Enttäuschung über das Kind zu kompensieren versucht.

- f) Unausgewogenheit der Geschlechter in der ursprünglichen Familie der Eltern.
(Zur Kritik am statistischen Verfahren siehe Kritik).

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
X	2,706	3,592	3,087	3,555	5,0	3,6
σ^2	2,09	4,29	2,87	1,91	2,2	1,04
N	17	27	23	18	11	5

Verschiedene Varianzen:

1b und 2b: $F = 2,246$; F krit.

$$(df_1 = 26, df_2 = 17, p = 5\%) = 2,19.$$

Verschiedene Mittelwerte:

1a und 3: $t = 3,915$; t krit. ($df = 26, p = 1\%$, zweiseitige Signifikanzprüfung) = 2,779,

1b und 3: $t = 2,004$; t krit. ($df = 36, p = \text{fast } 5\%$, zweiseitige Signifikanzprüfung) = 2,027,

2a und 3: $t = 3,123$; t krit. ($df = 32, p = 1\%$, zweiseitige Signifikanzprüfung) = 2,718,

2b und 3: $t = 2,48$; t krit. ($df = 27, p = 2\%$, zweiseitige Signifikanzprüfung) = 2,473.

Maßzahl für die Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der Eltern war die Anzahl der Personen des Überwiegenden Geschlechts minus die Anzahl der Personen des nicht Überwiegenden Geschlechts, für beide Eltern zusammengezählt.

Interpretation:

Unsere Erwartung wäre eigentlich, daß Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der Eltern zu einer ähnlichen Fixierung beim Kind führen müßte, wie die Unausgewogenheit in der Familie des Kindes selbst, also zu einer zwanghaften; dies ist tatsächlich der Fall. Zwangsneurotische Patienten haben in den Familien der Eltern die stärkste Unausgewogenheit der Geschlechter. Das würde bedeuten, daß Kinder, deren Eltern sehr wenig ausgewogene Geschlechterverteilungen in ihren Familien hatten, eine Rivalitätshaltung von ihren Eltern lernen, daß sie lernen, daß man kämpfen muß, sehr auf der Hut sein muß, Vorteile wahrnehmen muß, so lange sie noch existieren, in der Angst, daß sie irgendwann aufhören zu existieren (Beschreibung der zwangsneurotischen Tendenzen in Anlehnung an Riemann) (1). Eine Trennung nach monosexuell und heterosexuell ergab, daß die Tendenz der Zwangsneurotiker die stärkste Unausgewogenheit in der Geschwisterreihe der Eltern zu haben, für beide Gruppierungen gleichbleibt.

(1) F. Riemann: Grundformen der Angst und Antinomien des Lebens, München 1961.

g) Zahl der Geschwister der Eltern:

Als Maßzahl dienen die Geschwister des Vaters plus die Geschwister der Mutter zusammengezählt.

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
X	4,34	5,35	4,5	3,95	6	4,66
σ^2	6,17	8,38	9,85	4,8	19	7,29
N	23	34	29	23	19	6

Verschiedene Varianzen:

2a und 2b: $F = 2,052$; F krit.

$$(df_1 = 28, df_2 = 22, p = 5\%) = 2,00$$

3 und 2b: $F = 3,959$; F krit.

$$(df_1 = 18, df_2 = 22, p = 1\%) = 2,9$$

3 und 1b: $F = 2,268$; F krit.

$$(df_1 = 18, df_2 = 33, p = 5\%) = 1,93$$

3 und 1a: $F = 3,08$; F krit.

$$(df_1 = 18, df_2 = 22, p = 1\%) = 2,83$$

keine verschiedenen Mittelwerte.

Hier erhielten wir keine signifikanten Differenzen.

Das Merkmal: 'Zahl der Geschwister der Eltern' scheint nicht stark genug zu sein, um auf die jeweilige Fixierung der Kinder größeren Einfluß zu nehmen.

h) Rangkonflikte in der Elternehe:

1 = in der Ehe besteht ein Rangkonflikt (ÄÄ, EE, JJ, ÄE),

2 = in der Ehe besteht ein etwas geringerer Rangkonflikt (MM, ÄM, EM, JM),

3 = in der Ehe besteht kein Rangkonflikt (ÄJ, EJ).

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4	
1	8(6,7)	9(8,6)	5(7,6)	6(6)	6(5,5)	2(1,5)	36
2	8(10,4)	15(13,2)	14(11,9)	10(9,6)	7(8,5)	2(2,4)	56
3	6(4,9)	4(6,2)	6(5,5)	4(4,4)	5(4)	1(1,1)	26
	22	28	25	20	18	5	118

Hier ergaben sich keine signifikanten Resultate. Auf die Interpretation von Tendenzen wollen wir verzichten.

Vielleicht war unsere Einteilung in Rangkonflikt, geringerer Rangkonflikt und kein Rangkonflikt etwas zu grob, um hier Resultate zu erhalten, vielleicht ist aber auch das Merkmal Rangkonflikt in der Elternehe kein für die Entstehung spezieller Neurosenstrukturen einigermaßen relevantes Merkmal.

- i) Ergebnisse zu den Auswertungskategorien über die Familienkonstellation hinaus oder im Grenzbereich:

1.) Stillzeit und Struktur:

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
gar nicht oder 1 Woche	23(16,79)	9(14,73)	6(6,48)	38
länger als 1 Woche	34(40,21)	41(35,27)	16(15,52)	91
	57	50	22	129

$\chi^2 = 6,467$ (df " 2, p = 5%), d.h. es besteht ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen neurotischer Fixierung und der Zeit, die die betreffende Person gestillt worden ist.

Im einzelnen ergab sich:

Tabelle II

	1a + b	2a+b+3+4	
gar nicht oder 1 Woche	23(16,79)	15(21,21)	38
mehr als 1 Woche	34(40,21)	57(50,79)	91
	57	72	129

$\chi^2 = 5,833$ (df = 1, p = 2%), d.h. frühoral fixierte Personen (verwahrloste und schizoide) sind früher bzw. früh abgestellt als spätoral fixierte (depressive und organneurotische), zwangsneurotische und hysterische Personen.

Tabelle III

	2a + b	1a+b+3+4	
gar nicht oder 1 Woche	9(14,73)	29(23,27)	38
mehr als 1 Woche	41(35,27)	50(55,73)	91
	50	79	129

$\chi^2 = 5,1612$ (df = 1, p = 5%), d.h. spätoral fixierte Personen (depressive und organneurotische) sind später abgestellt oder noch korrekter gesprochen, sind häufiger spät abgestellt als frühoral fixierte, zwangsneurotische und hysterische Personen.

Tabelle IV

	1a + b	2a + b	
gar nicht oder 1 Woche	23(17)	9(15)	32
länger als 1 Woche	34(40)	41(35)	75
	57	50	107

$\chi^2 = 6,457$ (df = 1, p = 2%), d.h. frühoral fixierte Personen sind früher abgestellt als spätoral fixierte Personen.

Tabelle V

	1b	2a	
gar nicht oder 1 Woche	14(10,3)	5(8,7)	19
mehr als 1 Woche	18(21,7)	22(18,3)	40
	32	27	59

$\chi^2 = 4,26$ (df = 1, p = 5%), d.h. schizoide Personen sind häufiger früh abgestillt, depressive Personen häufiger spät.

Interpretation:

Die Stillzeit von frühoral fixierten, spätoral fixierten, anal fixierten und ödipal fixierten Personen ist unterschiedlich. Insbesondere sind schizoide Personen früher abgestillt als depressive Personen. Dies könnten wir so erklären, daß die emotionale Kargheit des Milieus, die charakteristisch ist für die Bedingungen, die zur Entwicklung einer schizoiden Struktur führen, daß die Härte des Milieus sich widerspiegelt in der wohl meist unbewußten Einstellung der Mutter, Stillen, allzu langes Stillen könnte schädlich sein, könnte zu sehr verwöhnen, könnte der eigenen Schönheit schaden, die Substanz der Mutter könnte durch das Stillen aufgezehrt werden usw. und daß diese Vorstellungen über einen unbewußten somatischen Prozeß zum Nichtmehrstillenkönnen führen. Bei depressiven Personen dürfte genau der umgekehrte Prozeß eine Rolle spielen, depressive Mütter neigen dazu, sich hinzugeben, sich aufzuopfern für ihr Kind, das letzte an Leistungen für den Anderen aus sich herauszupressen. Diese Haltung könnte unbewußt zu einer verlängerten Stillzeit führen. Dennoch sollten

wir hinter dieses Ergebnis ein Fragezeichen machen, es könnte ja sein, daß die Mütter depressiver Kinder in der Rückerinnerung sich eine besonders lange Stillzeit vorstellen aus dem Wunsch heraus, sich besonders hingeeben zu haben, daß andererseits sehr karge Mütter die Stillzeit geringer angeben als sie tatsächlich war. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, was ja auch erst noch überprüft werden müßte, hätten wir nachgewiesen, daß die Haltung gegenüber dem Kind, der Wunsch, wie man sich gegenüber dem Kind geben möchte, bei den Müttern schizoider Kinder und bei den Müttern depressiver Kinder verschieden ist. Da aber Haltungen der Eltern, die ja nach den dieser Untersuchung zu Grunde liegenden Anschauungen von deren Familienkonstellation abhängig sind, ausschlaggebend sind für die Entwicklung eines Kindes, wäre auch dies ein wichtiges Ergebnis.

2.) Zeitpunkt der Sauberkeit und Struktur:

Tabelle I

+ = vor 2 Jahren sauber,

* = nach 2 Jahren sauber

	1a	1b	2a	2b	3+4	
+	10(11,8)	16(16)	16(15)	8(11,8)	18(13,4)	68
*	12(10,2)	14(14)	12(13)	14(10,2)	7(11,6)	59
	22	30	28	22	25	127

Da sich insgesamt kein signifikantes χ^2 ergab, gelten gegenüber den folgenden Ergebnissen die in der Kritik erwähnten statistischen Vorbehalte. Bei Gegenüberstellung einzelner Neurosegruppen ergab sich:

Tabelle II

	1a + b	3	
sauber vor 2 Jahren	26(29,71)	14(10,29)	40
sauber nach 2 Jahren	26(22,29)	4(7,71)	30
	52	18	70

$\chi^2 = 3,7549$ (df = 1, p = fast 5%), d.h. zwangsneurotische Personen sind häufiger früh sauber, frühoral fixierte Personen häufiger spät.

Tabelle III

	2a + b	3	
sauber vor 2 Jahren	24(28)	14(10)	38
sauber nach 2 Jahren	26(22)	4(8)	30
	50	18	68

$\chi^2 = 4,43$ (df = 1, p = 5%), d.h. zwangsneurotische Personen sind häufiger früh sauber, spätoral fixierte Personen im Vergleich dazu häufiger spät.

Tabelle IV

	1a	3	
sauber vor 2 Jahren	10(13,2)	14(10,8)	24
sauber nach 2 Jahren	12(8,8)	4(7,2)	16
	22	18	40

$\chi^2 = 3,8996$ (df = 1, p = 5%), d.h. zwangsneurotische Personen sind häufiger früh sauber, verwahrloste häufiger spät.

Tabelle V

	2b	3	
sauber vor 2 Jahren	8(11,578)	14(10,422)	22
sauber nach 2 Jahren	14(10,422)	4(7,578)	18
	22	18	40

$\chi^2 = 4,8120$ (df = 1, p = 5%), d.h. zwangsneurotische Personen sind häufiger vor dem zweiten Lebensjahr sauber, organneurotische Personen häufiger nach dem zweiten Lebensjahr.

Tabelle VI

	1a+b+2a+b+4	3	
sauber vor 2 Jahren	54(58,36)	14(9,64)	68
sauber nach 2 Jahren	55(50,64)	4(8,36)	59
	109	18	127

$\chi^2 = 4,4551$ (df = 1, p = 5%), d.h. zwangsneurotische Personen sind im Vergleich zu allen anderen Neurosegruppen eher vor dem zweiten Lebensjahr sauber.

Interpretation:

Zu erwarten wäre, daß anal fixierte Personen sich in irgendeiner Weise, wahrscheinlich infolge der ja meist bei der Sauberkeit beginnenden Dressurhaltung der Eltern, durch einen früheren Zeitpunkt der Sauberkeit von den anderen Gruppen unterscheiden. Die Aufdeckung des Zusammenhangs zwischen zwanghaften Verhaltensweisen und Sauberkeit geht schon auf Freud (1) zurück. Wahrscheinlich dürfte die Verknüpfung zwischen Sauberkeit und analer, also unter anderem Machtproblematik, kulturspezifisch sein. Es ist zu erwarten,

(1) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.

(Abriß der Psychoanalyse).

daß dann, wenn in einer Kultur die Sauberkeit keine Rolle spielt, diese Problematik auf anderen Gebieten auftauchen würde, gibt es ja auch bei uns erfahrungsgemäß Eltern, die mit ihren Kindern ihre Konflikte auf dem Gebiet des Trotzes im oralen Bereich, also über das Essen oder Nichtessen des Kindes austragen, eine Verknüpfung zwischen Oralität und Analität, die ja oft zu verschiedenen Symptombildungen, z.B. Magersucht führt. Die von uns geäußerte Vermutung des früheren Zeitpunkts der Sauberkeit bei den Zwangsneurotikern läßt sich bestätigen. Der Zeitpunkt der Sauberkeit von anal fixierten Personen liegt früher als der von frühoral oder spätoral fixierten Personen. Die beim Stillen bereits erwähnte Einschränkung, daß die Beantwortung unserer Fragen durch die Erinnerung der Eltern beeinflußt sein könnte, gilt auch hier.

3.) Umzüge und Struktur:

Hier verglichen wir die durchschnittliche Anzahl der von den einzelnen Neurosegruppen erlebten Umzüge.

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	1,26	1,45	1,28	1,52	0,41	1
$\bar{c}^2$	1,3259	2,7685	1,5046	2,8326	0,2437	2
N	23	31	28	21	17	6

Verschiedene Varianzen:

- 3 und 4: $F = 8,206$; F krit.
($df_1 = 5, df_2 = 16, p = 1\%$) = 4,44
- 3 und 1a: $F = 5,44$ F krit.
($df_1 = 22, df_2 = 16, p = 1\%$) = 3,25
- 3 und 2a: $F = 6,173$; F krit.
($df_1 = 27, df_2 = 16, p = 1\%$) = 3,10
- 3 und 1b: $F = 11,36$; F krit.
($df_1 = 30, df_2 = 16, p = 1\%$) = 3,10
- 3 und 2b: $F = 11,62$; F krit.
($df_1 = 20, df_2 = 16, p = 1\%$) = 3,25
- 1a u. 2b: $F = 2,136$; F krit.
($df_1 = 20, df_2 = 22, p = 5\%$) = 2,07
- 1a u. 1b: $F = 2,088$; F krit.
($df_1 = 30, df_2 = 22, p = 5\%$) = 1,98

Verschiedene Mittelwerte:

- 3 und 1a: $t = 3,17$ ($df = 19, p = 1\%$)
- 3 und 2a: $t = 3,337$ ($df = 22,5, p = 1\%$)
- 3 und 1b: $t = 3,231$ ($df = 23, p = 1\%$)
- 3 und 2b: $t = 2,873$ ($df = 18, p = 2\%$).

Alle Signifikanzprüfungen der Mittelwerte sind zweiseitig erfolgt. Unser Ergebnis besagt also, daß Zwangsneurotiker weniger Umzüge miterlebt haben als verwahrloste, depressive, schizoide oder organenurotische Personen.

Interpretation:

Umzüge sind meist Veränderungen für ständig, die oft mit dem Wechsel der nicht primären Kontaktpersonen verbunden sind. Sie bedeuten eine gewisse Umstellung für die jeweilige Person, können in sehr frühem Alter vielleicht auch eine deutliche Belastung darstellen. Aus diesem Grund hatten wir die Frage nach der Anzahl der Umzüge in unseren Fragebogen aufgenommen. Es zeigte sich, daß die Gruppe der zwangsneurotischen Personen sich von allen übrigen Gruppen dadurch unterscheidet, daß sie besonders wenig Umzüge miterlebt hat. Da Umzüge in der Regel nicht von den Kindern veranlaßt werden, müssen wir annehmen, daß die Eltern unserer zwangsneurotischen Patienten weniger zu Umzügen neigen. Wenn wir uns nun vergegenwärtigen, daß Angst vor Wechsel und Suche nach Beständigkeit (Riemann) (1) Hauptcharakteristika der Zwangsneurose sind, so ist dieses Ergebnis leicht verständlich. Die Unlust zum Wechsel kommt beim Zwangsneurotiker meist aus einer tief empfundenen Angst, daß doch nichts Besseres nachkommt, daß jede Neuerung nur Nachteile mit sich bringt. Soweit es sich bei den Personen unserer Untersuchung um Jugendliche handelt, könnte natürlich die geringe Zahl an Umzügen auch auf den Patienten selbst zurückgehen, doch zeigt der noch anzuführende Vergleich des Durchschnittsalters unserer verschiedenen Neurosekategorien, daß das Alter der zwangsneurotischen Patienten im Durchschnitt bei 10,58 liegt, was diese Interpretation doch einschränkt. Wir können also festhalten, daß eine geringe Anzahl von Umzügen ein deutliches Charakteristikum von Personen ist, die in einem zwangsneurotischen Milieu aufwachsen, in dem die Tendenz zur Bewahrung vorherrscht.

- (1) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.

4.) Schulwechsel und Struktur:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	1,00	1,26	0,88	0,88	0,71	1,6
σ^2	2,00	2,45	1,23	1,93	1,21	4,24
N	20	23	25	17	14	5

Verschiedene Varianzen:

3 und 4: $F = 3,504$; $F_{\text{krit.}}$

($df_1 = 4$, $df_2 = 13$, $p = 5\%$) = 3,18

2a u. 1b: $F = 1,992$; $F_{\text{krit.}}$

($df_1 = 22$, $df_2 = 24$) = 2,00; $p = \text{fast } 5\%$

2a u. 4: $F = 3,44$; $F_{\text{krit.}}$

($df_1 = 4$, $df_2 = 24$, $p = 5\%$) = 2,78

keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.

Nur um eine zusätzliche Information zu erhalten, haben wir verglichen, ob in einer unserer Gruppen eher Umzüge als Schulwechsel vorkommen, in einer anderen Gruppe vielleicht eher Schulwechsel als Umzüge. Hierbei ergab sich, daß spätoral fixierte Personen eher zu Umzügen neigen, Zwangsneurotiker dagegen eher zu Schulwechseln. Dies können wir jedoch nur als Hinweis betrachten.

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3	4	
mehr Umzüge als Schulwechsel	7	8	11	7	2	1	36
mehr Schulwechsel als Umzüge	3	5	4	3	5	1	21

Über alle Gruppen gerechnet ergibt sich kein signifikantes χ^2 .

Tabelle III

	2a + b	3	
mehr Umzüge als Schulwechsel	18(15,62)	2(4,38)	20
mehr Schulwechsel als Umzüge	7(9,38)	5(2,62)	12
	25	7	32

$$\chi^2 = 3,1228 \text{ (df} = 1, p = 10\%).$$

Interpretation:

Zu erwarten wäre eigentlich gewesen, daß Schulwechsel mit Umzügen korrelieren und wir daher ähnliche Ergebnisse wie bei den Umzügen bekommen müßten; dies ist jedoch nur tendenziell der Fall. Vielleicht sind, so könnten wir vermuten, Zwangsneurotiker gegenüber kleineren Veränderungen nicht so stark abgeneigt, wie gegenüber größeren, also gegenüber Umzügen, so daß wir bei den Schulwechseln keinen Unterschied zu den übrigen Gruppen feststellen konnten. Wenn dies der Fall wäre, so müßten beim Vergleich, ob eine Gruppe mehr zu Umzügen als zu Schulwechseln, eine andere vielleicht mehr zu Schulwechseln als zu Umzügen neigt, sich Unterschiede ergeben; dies ist auch tatsächlich der Fall, auch wenn wir aus statistischen Gründen (kein über alle Gruppen errechnetes signifikantes χ^2 , zu geringe Felderzahlen) dieses Ergebnis nicht auf die Goldwaage legen sollten. Dennoch könnte man verstehen, daß spätoral fixierte Personen eher zu größeren Veränderungen neigen, anal fixierte Personen eher zu kleineren, wenn wir an die Verwandtschaft zwischen Depressionen und Impulsneurosen, also so etwas wie einem plötzlich ohne erkennbaren äußeren Grund auftauchenden Wandertrieb, denken.

Insgesamt müssen wir jedoch sagen, daß Schulwechsel kein besonders deutlich zwischen verschiedenen neurotischen Gruppen differenzierendes Merkmal sein dürften.

5.) Operationen und Struktur:

Tabelle I

	0	1 oder mehr (= Anzahl der erlebten Operationen)	
1a	14	9	23
1b	24	10	34
2a	15	12	27
2b	14	8	22
3	14	5	19
4	6	1	7
	87	45	132

Wir konnten hier keinen Zusammenhang zwischen der Art der Neurosestruktur und der Anzahl der Operationen, die eine Person erlebte, feststellen. Dies könnte einmal darauf beruhen, daß erlebte Operationen vielleicht ein allgemein neurotisierendes Faktum sind, das aber nicht zu speziellen Neurosestrukturen führt. Es könnte auch sein, daß Operationen sehr wohl sehr starke Traumen sein können, die aber nach einiger Zeit wieder überwunden werden können, so daß keine dauernden Einflüsse zurückbleiben, sofern die Umwelt sich geschickt verhält, d.h. z.B., die einem kranken Kind angemessenen Verhaltensweisen nicht über Gebühr lange beibehält.

In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf Biermann (1) verwiesen. Am wahrscheinlichsten ist allerdings, daß wir deshalb bei dieser Fragestellung keine Ergebnisse erzielt haben, weil die unseren Fragebogen ausfüllenden Personen diese Frage offensichtlich recht sorglos behandelt haben, was auch daraus hervorgeht, daß bei der Frage nach dem Zeitpunkt der Operation viel weniger Angaben vorhanden sind als bei der Frage danach, ob eine Operation überhaupt stattgefunden hat oder nicht.

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	2,82	3,08	4,97	3,5	3,6	-
χ^2	5,47	3,12	3,5	2,5	2,14	-
N	6	5	7	6	4	-

Auch hier haben wir keine signifikanten Resultate erhalten, wofür ähnliche Überlegungen wie zur Anzahl der Operationen gelten mögen. Zusammenfassend könnte man sagen, daß wir bezüglich des Zeitpunkts der Operationen, der Anzahl der Operationen einerseits und der Struktur andererseits keinen Zusammenhang ermitteln konnten, beruht unter anderen auch darauf, daß wir nur von der Tatsache der Operationen ausgingen und die näheren Umstände, wie Vorbereitung auf die Operation, ob das Kind besucht werden konnte oder nicht usw., keine Rücksicht nahmen. Wir können also nur aussagen, daß wir bezüglich der Operation alleine ohne nähere Angaben nur schwer Vorhersagen auf eine mögliche neurotische Struktur machen können.

- (1) G. Biermann: Kind und Krankenhaus,
Prax. Kinderpsychol. 1965, 14.

2) Ergebnisse speziell zu den Verlusten:

a) endgültige Verluste.

1.) Frequenz der Personen mit Verlusten.

Gezählt wurde jede Person, die selbst oder deren Eltern einen Verlust vor dem fünfzehnten Lebensjahr erlebt haben.

Tabelle I

* = kein Verlust (bei Kind, Vater, Mutter),

+ = Verlust (bei Kind, Vater oder Mutter).

	1a	1b	2a	2b	3	4	
*	12(9,7)	14(13)	6(10,8)	10(8,9)	5(7)	5(2,6)	52
+	14(16,3)	21(22)	23(18,2)	14(15,1)	14(12)	2(4,4)	88
	26	35	29	24	19	7	140

Über alle Gruppen gerechnet ergab sich kein signifikantes χ^2 .

Tabelle II

	1a	2a	
kein Verlust (bei Kind, Vater, Mutter)	12(8,5)	6(9,5)	18
Verlust (bei Kind, Vater oder Mutter)	14(17,5)	23(19,5)	37
	26	29	55

$\chi^2 = 4,0595$ (df = 1, p = 5%), d.h. bei depressiven Personen haben Kind, Vater oder Mutter häufiger einen Verlust erlitten als bei verwahrlosten Personen.

Tabelle III

	2a	4	
kein Verlust (bei Kind, Vater, Mutter)	6(8,66)	5(2,14)	11
Verlust (bei Kind, Vater oder Mutter)	23(20,14)	2(4,86)	25
	29	7	36

$\chi^2 = 4,9175$ ($df = 1$, $p = 5\%$), d.h. bei depressiven Personen haben Kind, Vater oder Mutter häufiger einen Verlust erlitten als bei hysterischen Personen.

Tabelle IV

	3	4	
kein Verlust (bei Kind,Vater,Mutter)	5(7,3)	5(2,7)	10
Verlust (bei Kind, Vater oder Mutter)	14(11,7)	2(4,3)	16
	19	7	26

$\chi^2 = 2,8496$ ($df = 1$, $p = 10\%$), d.h. bei zwangsneurotischen Personen haben Kind, Vater oder Mutter häufiger einen Verlust erlitten als bei hysterischen Personen.

In diesem Zusammenhang möchten wir noch einmal auf die Kritik an unseren statistischen Methoden hinweisen; dieser Hinweis gilt prinzipiell für alle gemachten Auswertungen und soll daher im folgenden nicht mehr bei jeder Auswertung wiederholt werden.

Stellen wir bezüglich der Häufigkeit der Personen mit Verlusten den Kreis der depressiven Personen allen übrigen Neurosekatégorien gegenüber, so ergibt sich:

Tabelle V

	2a	alle anderen	
kein Verlust (bei Kind,Vater,Mutter)	6(10,8)	46(41,2)	52
Verlust (bei Kind, Vater oder Mutter)	23(18,2)	65(69,8)	88
	29	111	140

$\chi^2 = 4,2881$ ($df = 1$, $p = 5\%$), d.h. unter den Personen mit Verlusten (beim Kind, beim Vater oder der Mutter) sind depressive Personen häufiger vertreten als andere Neurosekatégorien.

Interpretation:

Unter den Personen, die selbst oder deren Eltern vor dem fünfzehnten Lebensjahr einen Verlust erlebt haben, fanden wir besonders häufig depressive Personen. Dieses Ergebnis stimmt mit Bowlby (1) überein. Wir wollen es später näher im Zusammenhang mit der Schwere von Personenverlusten beleuchten.

2.) Anzahl der von einer Person oder deren Eltern erlebten Verluste:

Berücksichtigt sind nur Personen, die selbst oder deren Eltern mindestens einen Verlust erlitten haben.

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
$\bar{X}$	2,8	3,3	2,5	2,7	1,64	2
σ^2	5,36	8,51	8,85	2,41	0,81	1
N	14	21	23	14	14	2

Verschiedene Varianzen:

1b und 3: $F = 10,5$; F krit.
($df_1 = 20$, $df_2 = 13$, $p=1\% = 3,67$)

2b und 3: $F = 2,975$; F krit.
($df_1 = 13$, $df_2 = 13$, $p=5\% = 2,68$)

1a und 3: $F = 6,6$; F krit.
($df_1 = 13$, $df_2 = 13$, $p=1\% = 3,92$)

(1) J. Bowlby: Mutterliebe und kindliche Entwicklung, München 1972.

1b u. 2b: $F = 3,53$; F krit.

($df_1 = 20$, $df_2 = 13$, $p = 5\%$) = 2,46

2a u. 2b: $F = 3,7$; F krit.

($df_1 = 22$, $df_2 = 13$, $p = 1\%$) = 3,67

2a und 3: $F = 11$; F krit.

($df_1 = 22$, $df_2 = 13$, $p = 1\%$) = 3,67

Verschiedene Mittelwerte:

1b und 3: $t = 2,439$ ($df = 16$, $p = 5\%$),

bei zweiseitiger Signifikanzprüfung,

2a und 3: $t = 2,211$ ($df = 13$, $p = 5\%$),

bei zweiseitiger Signifikanzprüfung,

1a und 3: $t = 1,747$ ($df = 13$, $p = \text{fast } 5\%$),

bei einseitiger Signifikanzprüfung,

d.h. bei schizoiden Personen oder ihren Eltern finden sich mehr Verluste als bei zwangsneurotischen Personen und ihren Eltern. Bei depressiven Personen oder ihren Eltern finden sich mehr Verluste als bei zwangsneurotischen Personen und ihren Eltern. Bei verwahrlosten Personen oder ihren Eltern finden sich mehr Verluste als bei zwangsneurotischen Personen und ihren Eltern.

Interpretation:

Diese Ergebnisse entsprechen unserer Hypothese, daß Personen umso weiter vorne (also in Richtung auf die frühe orale Phase) im psychopathologischen System liegen, je mehr sie oder ihre Eltern Verluste erlitten haben, denn wenn wir annehmen, daß jeder Verlust eine Regression der entsprechenden Person zur Folge hat,

so müssen Personen umso weiter regrediert sein, je mehr Verluste sie, aber auch ihre Eltern, erlitten haben. Die Eltern können wir einbeziehen, wenn wir annehmen, daß regressive von den Eltern erworbene Haltungen auf die Kinder übertragen werden; in welcher Form dies geschieht, darüber können wir uns später noch Gedanken machen. Da aber entsprechend dem im psychopathologischen System liegenden Grundgedanken die Personen mit schizoider oder verwahrloster Charakterstruktur am weitesten regrediert sein müßten, die Personen mit depressiver, vielleicht auch diejenigen mit organoneurotischer Struktur, nicht so weit, die Personen mit zwangsneurotischer Struktur noch weniger weit und die Personen mit hysterischer Struktur am wenigsten weit, müßten schizoide oder verwahrloste Personen die größte Anzahl von Verlusten aufweisen. Danach müßten in absteigender Reihenfolge depressive und organoneurotische, danach zwangsneurotische, danach hysterische Personen kommen. Drei der vermuteten Unterschiede zwischen den einzelnen Neurosegruppen bezüglich der Anzahl der von den Personen oder ihren Eltern erlebten Verluste fanden wir bestätigt.

3.) Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter:

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	2,56	1,8	2,9	1,33	5,5	-
σ^2	2,98	8,77	9,8	2,69	3,75	-
N	8	8	9	8	9	-

keine signifikant verschiedenen Varianzen.

Verschiedene Mittelwerte:

3 und 2b: $t = 4,474$ ($df = 15$, $p = 1\%$, zweiseitig),
1b und 3: $t = 2,895$ ($df = 15$, $p = 2\%$, zweiseitig),
1a und 3: $t = 3,089$ ($df = 15$, $p = 1\%$, zweiseitig),
2a und 3: $t = 2,00$ ($df = 16$, $p = 5\%$, einseitig),

d.h. der Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter liegt bei zwangsneurotischen Personen später als bei organenneurotischen, später als bei schizoiden, später als bei verwahrlosten, später als bei depressiven Personen.

Interpretation:

Unsere Ergebnisse lassen darauf schließen, daß für die Ausprägung einer bestimmten Neurosestruktur die von der Mutter der jeweiligen Person erlebten Verluste bzw. der Zeitpunkt, zu dem die Mutter diese Verluste erlebte, von Bedeutung sind. Offensichtlich scheinen neurotische Strukturen von den Müttern an die Kinder weitergegeben zu werden. Außerdem zeigen unsere Ergebnisse, daß diese neurotischen Strukturen von den Müttern durch Verluste erworben werden. Unser Ergebnis entspricht insofern voll dem System der Psychopathologie, als es sich bei der Zwangsneurose um eine leichtere neurotische Fixierung handeln müßte als bei einer Verwahrlosungsstruktur oder einer schizoiden und depressiven Struktur, vielleicht auch als bei einer organenneurotischen Struktur, und die zwangsneurotische Struktur somit durch weniger gravierende, d.h. aber auch durch später eingetretene Verluste gekennzeichnet sein müßte, was wir ja tatsächlich gefunden haben.

4.) Zeitpunkt des frühesten Verlusts beim Vater:

Tabelle:

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	4,5	5,3	5,3	4	4,3	-
σ^2	3,2	4,8	5,7	3,2	3,00	-
N	2	12	12	7	3	-

keine signifikant verschiedenen Varianzen oder Mittelwerte. Gruppe 4 wurde wegen zu geringer Fallzahl (1) nicht berücksichtigt.

Interpretation:

Der Zeitpunkt, zu dem Väter Verluste erlitten haben, scheint für die Entwicklung einer Neurosestruktur bei den Kindern nicht bedeutsam zu sein, zumindest nicht so bedeutsam, wie der Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter. Wir könnten daraus evtl. schließen, daß für die Entwicklung von bestimmten Neurosestrukturen bei den Kindern die Mutter von ausschlaggebender Bedeutung ist als der Vater. Vielleicht läßt sich das damit erklären, daß die Mutter in der Regel, zumindest in den frühen Lebensjahren, intensiveren, ausgiebigeren und zeitlich ausgeprägteren Kontakt mit den Kindern hat als der Vater.

5.) Stärke der Verluste der Eltern und Fixierung:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	(4 wegen zu geringer Fallzahl nicht berücksichtigt.)
Median	1,067	3,8232	1,222	1,7422	1,4338	
N	11	19	22	14	14	

Aus Gründen, die in der Kritik der statistischen Methoden genannt sind, wurde für die Auswertung der Verluststärken ein non-parametrisches Verfahren (Kruskal-Wallis) verwendet. Daher erfolgt die Angabe des Mittelwertes auch als Median und nicht als arithmetisches Mittel. Die Verluststärken sind nach den oben angegebenen Formeln berechnet.

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3
N	11	19	22	14	14
T_i	419	1005,5	736,5	601,5	477,5

T_i ist dabei die Rangsumme der jeweiligen Gruppe.

$\chi^2_{KW} = 8,6$ ($df = 4$, $p = 10\%$), d.h. die Gruppen sind mit mehr als 90% Wahrscheinlichkeit voneinander unterschieden. Es liegt also nahe, daß ein Zusammenhang besteht zwischen der Stärke der von den Eltern erlittenen Verluste und der jeweiligen neurotischen Fixierung der Kinder.

Im einzelnen ergab sich:

1b und 2a unterschieden: $\chi^2 = 7,00$ ($T_{1b} = 500,5$; $T_{2a} = 360,5$, $df = 1$, $p = 1\%$),

1b und 3 unterschieden: $\chi^2 = 5,7$ ($T_{1b} = 389$, $T_3 = 172$, $df = 1$, $p = 2\%$),

d.h. die Eltern schizoider Personen haben schwerere Verluste erlitten als die Eltern depressiver und als die Eltern zwangsneurotischer Personen.

Interpretation:

Dieses Ergebnis stimmt mit dem nach dem System der Psychopathologie zu erwartenden Resultat überein. Besonders gravierende Verluste führen offenbar bei den Eltern am ehesten zu Kontaktstörungen, d.h. zu einer Angst, überhaupt Kontakt aufzunehmen, was sich vermutlich im Umgang mit den Kindern sehr deutlich auswirkt und bei diesen ebenfalls zu einer Verdrängung von Kontaktbedürfnissen, von Motiven nach Zuwendung, körperlicher Nähe usw. führt. Es ist ja auch leicht verständlich, daß eine Mutter oder ein Vater, die selbst Angst vor Kontakt haben, nicht unbefangen ihrem Kind begegnen können, daß sie die leidvollen Erfahrungen, die aus ihren schweren Verlusterlebnissen in der frühen Kindheit resultieren, auf Kontakt zu allen Personen übertragen und somit auch auf das eigene Kind, da sehr frühe und sehr schwere Verluste zur Tendenz der Abkapselung von der Umwelt überhaupt führen und somit dazu, daß eine von einem solchen Verlust betroffene Person sich keine Befriedigungen mehr gönnen kann, sie für verloren hält und somit natürlich dem Kind Befriedigungserlebnisse ebenfalls nicht erlauben kann, da ja sonst im Sinne Schultz-Henckes (1) eine Versuchungssituation entstehen würde und die eigenen ungestillten Verwöhnungswünsche, die ja bei einer solchen verlustreichen Vorgeschichte stark angstaussendend sind, durchbrechen würden. Leichtere Verluste der Eltern scheinen nach unserem Untersuchungsergebnis nicht mehr zur Verdrängung der frühesten im Leben auftauchenden Motive zu führen, führen also somit nicht mehr zu einer schizoiden Charakterstruktur bei den Eltern und somit wohl auch beim Kind, betreffen also nicht mehr alle Motive

(1) H. Schultz-Hencke: Der gehemmte Mensch, Stuttgart 1947.

allgemein, sondern nunmehr ganz bestimmte Bereiche des Lebens, wie z.B. den der captativen oder den der aggressiv-geltungsstrebigen Antriebe.

Die Gruppe 4 wurde nicht mit ausgewertet, da sie nur mit 2 Fällen besetzt war.

6.) Gesamtverlust und Fixierung:

Gesamtverlust = die von den jeweiligen Personen und ihren Eltern erlebte Verluststärke.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3
Median	4,9785	1,66	0,5288	0,8194	0,272
N	14	21	23	14	14

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3
T_i	694,5	1215,5	891	632,5	307,5
N	14	21	23	14	14

Die fünf Gruppen sind mit 99% Wahrscheinlich voneinander unterschieden, d.h. es besteht sehr wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtverlust einer Person und der Art ihrer neurotischen Struktur (χ^2_{KW} bei $df=4$ und $p = 1\% = 19,1$).

Im einzelnen ergab sich:

1a und 3 unterschieden:

$$x_{KW}^2 = 6,23 \text{ (} T_{1a} = 253; T_3 = 156, \text{ df} = 1, p = 2\%),$$

1b und 3 unterschieden:

$$x_{KW}^2 = 16,9 \text{ (} T_{1b} = 500; T_3 = 130, \text{ df} = 1, p = 1\%),$$

2a und 3 unterschieden:

$$x_{KW}^2 = 4,5 \text{ (} T_{2a} = 504,5; T_3 = 198,5, \text{ df} = 1, p = 5\%)$$

1b und 2a unterschieden:

$$x_{KW}^2 = 6,1 \text{ (} T_{1b} = 577; T_{2a} = 413, \text{ df} = 1, p = 2\%),$$

2b und 3 unterschieden:

$$x_{KW}^2 = 8,09 \text{ (} T_{2b} = 265; T_3 = 141, \text{ df} = 1, p = 1\%),$$

d.h. verwahrloste Personen haben größere Gesamtverluste als zwangsneurotische Personen.

Schizoide Personen haben größere Gesamtverluste als zwangsneurotische Personen.

Depressive Personen haben größere Gesamtverluste als zwangsneurotische Personen.

Schizoide Personen haben größere Gesamtverluste als depressive Personen.

Organneurotische Personen haben größere Gesamtverluste als zwangsneurotische Personen.

Interpretation:

Wir können also sagen, der Gesamtverlust einer Person, in dessen Berechnung das Alter der verlorenen Person, das Alter der ältesten Person in der Familie vor dem Verlust, die Zeit, die die verlorene Person mit der vom Verlust betroffenen Person zusammen gelebt hat, das Alter der vom Verlust betroffenen Person und die Größe der Familie vor dem Verlust, sowie die Stärke der von den Eltern erlebten Verluste eingeht, ist ein deutlich die jeweilige Neurosestruktur einer Person beeinflussender Faktor. Alle unsere Ergebnisse bezüglich des

Gesamtverluste passen in den Rahmen des psychopathologischen Systems. Der Gesamtverlust einer Person ist umso schwerer, je weiter in Richtung auf die frühe orale Phase die betreffende Person im psychopathologischen System liegt. Eine Person muß also umso schwerere und umso fundamentalere Verdrängungen von Motiven leisten, je bedeutsamer die von ihr oder ihren Eltern erlebten Personenverluste waren. Somit bestätigen sich mit diesen Ergebnissen die Befunde Bowlbys (1), der den Verlusten große Bedeutung für die psychische Entwicklung von Personen beimißt. Interessant scheint, daß sich bei unseren Ergebnissen ein Unterschied zeigt zwischen der Gruppe der organenneurotischen Personen und der Gruppe der zwangsneurotischen Personen, nicht aber zwischen der Gruppe der depressiven Personen und der Gruppe der organenneurotischen Personen, was darauf hindeuten könnte, daß zumindest, soweit es die Personenverluste betrifft, die Organenneurotiker den depressiven Personen eher ähnlich sind als den zwangsneurotischen. Dabei müssen wir natürlich einschränken, daß sich ein solcher Befund nur auf die Art der bei dem von uns betrachteten Personenkreis vorkommenden Organneurosen beziehen kann. Festhalten können wir auch, daß sich die Verlustformel dementsprechend als brauchbares Instrument zur Messung der Schwere von Verlusten erwiesen hat.

- (1) J. Bowlby: Mutterliebe und kindliche Entwicklung, München 1972.

- 7.) Zeitdauer seit dem frühesten Verlust bei den Eltern
(in der Literatur als a_p bezeichnet) (1,2).
(Gruppe 4 nicht ausgewertet, da zu wenig Fälle).

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3
M	31,8	27,5	30	32	33,4
σ^2	83,4	45	58	181	108
N	11	19	22	14	14

Verschiedene Varianzen:

1b und 2b: $F = 4,023$; F krit.

($df_1 = 13$, $df_2 = 18$, $p = 1\%$) = 3,37

1b und 3: $F = 2,4$; F krit.

($df_1 = 13$, $df_2 = 18$, $p = 5\%$) = 2,34

2a und 2b: $F = 3,121$; F krit.

($df_1 = 13$, $df_2 = 21$, $p = 1\%$) = 3,12

Verschiedene Mittelwerte:

1b und 3: $t = 1,859$ ($df = 15,5$; $p = 5\%$, einseitige
Signifikanzprüfung),

d.h. die Verluste, die die Eltern schizoider Personen
erlitten haben, liegen weniger lang zurück als die
Verluste, die die Eltern zwangsneurotischer Personen
erlitten haben.

- (1) W. Toman: Familienkonstellationen. Ihr Einfluß auf
den Menschen und seine Handlungen, München 1965.
- (2) W. Toman: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt,
Göttingen 1968.

Interpretation:

Bei unseren Hypothesen hatten wir die Behauptung aufgestellt, daß die Wirkung von Verlusten mit der seit dem Verlust verstrichenen Zeit nachläßt und daß dies bedeuten müßte, daß sich damit so etwas wie ein Prozeß in Gang setzt, der zu einem Durchlaufen der verschiedenen Stadien der Entwicklung, angefangen vom Fixierungspunkt in Richtung auf die späte genitale Phase, die ja nach Freud (1) die reife Persönlichkeit charakterisiert, führt. Dementsprechend müßte also bei besonders schweren Fixierungen der Verlust weniger lang zurückliegen als bei leichteren Fixierungen. Dasselbe müßte natürlich auch für die Verluste der Eltern zutreffen. Es ließ sich dies nur für die Gruppe der schizoiden und der zwangsneurotischen Personen zeigen, d.h. die Zeit, die seit dem von den Eltern erlittenen Verlust vergangen ist, könnte eine Milderung der neurotischen Problematik bewirken, jedoch scheint es sich hierbei nicht um eine besonders starke und durchschlagskräftige Variable zu handeln. Wenn die geäußerte Vermutung bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der seit einem Verlust vergangenen Zeit und entsprechenden neurotischen Strukturen stimmt, so müßten ja besonders schwere Fixierungen, also z.B. schizoide Charakterstrukturen eher bei Verlusten der Kinder zu finden sein, leichtere Fixierungen hingegen eher bei Verlusten der Eltern, weil diese ja naturgemäß längere Zeit zurückliegen. Wir sind dieser Frage nachgegangen und haben dabei alle Fälle, wo bei Kindern und Eltern gleichzeitig ein Verlust vorlag, nach dem Zufall einmal zur einen, einmal zur anderen Kategorie

(1) S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952.

(Angst und Tribleben).

gerechnet. Ein signifikanter Unterschied ergab sich nur, wenn man die Gruppe der schizoiden Personen allen anderen Neurosegruppen gegenüberstellt, d.h. bei den schizoiden Personen sind eher die Kinder betroffen von Verlusten, bei allen anderen Neurosegruppen im Vergleich dazu eher die Eltern:

Tabelle II

	1b	alle anderen	
Das Kind hat einen Verlust erlitten	7(3,43)	13(16,57)	20
Die Eltern haben einen Verlust erlitten	13(16,57)	55(51,43)	68
	20	68	88

$$\chi^2 = 5,5024 \text{ (df = 1, p = 2\%).}$$

Dieses Ergebnis betrachten wir als Hinweis, insbesondere für künftige Untersucher, weniger als sehr deutlich gesichertes Resultat.

8.) Körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern.

Diese und die folgenden Gegenüberstellungen unserer einzelnen Kategorien bezüglich verschiedener anamnestischer Daten haben manchmal den statistischen Mangel einer zu geringen Anzahl von Fällen in einzelnen Feldern. Wir wollen sie daher nur als Beschreibungen und Hinweise betrachtet wissen, nicht als schon deutlich gesicherte Resultate.

kb = bei Kind, Eltern oder Großeltern wurde eine körperliche Behinderung genannt (keine Organneurosen),
nicht kb = keine körperlichen Behinderungen bei Kind, Eltern und Großeltern.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3+4	
kb	2(5,63)	11(7,95)	10(7,42)	7(5,37)	2(5,63)	32
nicht kb	20(16,37)	20(23,05)	19(21,58)	14(15,63)	20(16,37)	93
	22	31	29	21	22	125

$\chi^2 = 8,5339$ (df = 4, p = 10%), d.h. es ist wahrscheinlich, daß ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von körperlichen Behinderungen beim Kind, den Eltern oder Großeltern und der Art der neurotischen Struktur besteht.

Tabelle II

	1a	1b	
kb	2(5,4)	11(7,6)	13
nicht kb	20(16,6)	20(23,4)	40
	22	31	53

$\chi^2 = 4,2685$ (df = 1, p = 5%), d.h. körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind häufiger in den Familien schizoider Personen als in den Familien verwahrloster Personen zu finden.

Tabelle III

	1a	2a	
kb	2(5,2)	10(6,8)	12
nicht kb	20(16,8)	19(22,2)	39
	22	29	51

$\chi^2 = 3,9785$ (df = 1, p = 5%), d.h. körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind häufiger in den Familien depressiver Personen als in den Familien verwahrloster Personen zu finden.

Tabelle IV

	1a	2b	
kb	2(4,6)	7(4,4)	9
nicht kb	20(17,4)	14(16,6)	34
	22	21	43

$\chi^2 = 3,2905$ (df = 1, p = 10%), d.h. körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind häufiger in den Familien organenneurotischer Personen als in den Familien verwahrloster Personen zu finden.

Tabelle V

	1b	3	
kb	11(8,1)	1(3,9)	12
nicht kb	20(22,9)	14(11,1)	34
	31	15	46

$\chi^2 = 3,64$ (df = 1, p = fast 5%), d.h. körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind häufiger in den Familien schizoider Personen als in den Familien zwangsneurotischer Personen zu finden.

Tabelle VI

	2a	3	
kb	10(7,25)	1(3,75)	11
nicht kb	19(21,75)	14(11,25)	33
	29	15	44

$\chi^2 = 3,4127$ (df = 1, p = 10%), d.h. körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind häufiger in den Familien depressiver Personen als in den Familien zwangsneurotischer Personen zu finden.

Tabelle VII

	2b	3	
kb	7(4,67)	1(3,33)	8
nicht kb	14(16,33)	14(11,67)	28
	21	15	36

$\chi^2 = 2,9667$ (df = 1, p = 10%), d.h. körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind häufiger in den Familien organneurotischer als in den Familien zwangsneurotischer Personen zu finden. Stellen wir eine Gruppe allen anderen Gruppen gegenüber, so hebt sich die Gruppe der Verwahrlosten deutlich heraus durch besonders wenig Körperbehinderungen:

Tabelle VIII

	1a	alle anderen	
kb	2(5,63)	30(26,37)	32
nicht kb	20(16,37)	73(76,63)	93
	22	103	125

$\chi^2 = 3,2167$ (df = 1, p = 10%), d.h. in der Gruppe der Verwahrlosten sind weniger körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern zu finden als bei allen anderen Neurosegruppen zusammen.

Interpretation:

Nach unseren Ergebnissen haben wir den Eindruck, daß körperliche Behinderungen eher zu Depressionen, Organneurosen und schizoiden Charakterstrukturen, nicht so sehr zu Verwahrlosung und Zwangsneurosen führen. Dieses Ergebnis überrascht insofern, als man eigentlich hätte erwarten können, daß körperliche Behinderungen bei den Eltern oder Großeltern zu einem recht ängstlichen Umgang mit den Kindern führen und somit vielleicht eher eine Zwangsneurose begünstigen könnten. Wir können auf zweierlei Arten versuchen, die Ergebnisse zu sehen; einmal können wir die jeweilige Neurosestruktur unmittelbar verursacht sehen durch das Vorhandensein von körperlichen Behinderungen, zum anderen könnten wir auch daran denken, daß körperliche Behinderungen unter Umständen verursacht sein können durch eine in der Familie vorhandene entsprechende Neurosestruktur. Die erstgenannte Erklärung würde bedeuten, daß die körperliche Behinderung einer Person in der Familie zu einer resignierten Stimmung führt, die wir dann für die depressiven Charakterstrukturen, vielleicht auch für die Organneurosen bei den Kindern verantwortlich machen könnten. Eventuell könnten körperliche Behinderungen auch zu der Tendenz führen, vor den Schwierigkeiten der Welt die Augen zu verschließen (intentionale Hemmung), um die Probleme, die automatisch durch eine körperliche Behinderung, z.B. des Vaters, sich ergeben, nicht mehr sehen zu müssen. Nach der zweiten Interpretationsmöglichkeit könnten wir davon ausgehen, daß vielleicht durch die in bestimmten Familien vorherrschende Resignation oder

intentionale Geheimmtheit körperliche Behinderungen erst möglich werden, daß also die Tendenz, die Arme hängen zu lassen und die Augen zu verschließen, erst zu Unfällen und somit zu körperlichen Behinderungen geführt hat. Daß verwahrloste Personen selbst oder deren Eltern oder Großeltern besonders wenig körperliche Behinderungen aufweisen, könnten wir uns damit erklären, daß eine körperliche Behinderung in der Familie wohl ein sehr hartes Erlebnis ist und daß harte Erlebnisse ohne jegliche Verwöhnungstendenz wohl eher zu schizoiden oder depressiven Strukturen, aber nicht zu Verwahrlosung führen, denn die Verwahrlosung ist ja gerade gekennzeichnet durch Verwöhnungsansätze neben sehr harten Erlebnissen. Selbstverständlich gäbe es noch viele denkbare Interpretationsmöglichkeiten. Der Autor ist sich auch darüber im klaren, daß alles in diesem Zusammenhang Gesagte hochspekulativ bleiben muß, so lange hierüber nicht noch mehr Untersuchungen vorliegen. Darum wollen wir unsere Vermutungen nicht noch weiter ausbauen und uns auf diese Andeutungen und die Mitteilung der Ergebnisse beschränken.

9.) Heimaufenthalte und Struktur:

Heim = die betreffende Person oder ihr Vater oder ihre Mutter sind im Heim aufgewachsen,
nicht Heim = die betreffende Person und ihre Eltern sind nicht im Heim aufgewachsen.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
Heim	8(3,92)	1(3,41)	0(1,67)	9
nicht Heim	53(57,08)	52(49,59)	26(24,33)	131
	61	53	26	140

$\chi^2 = 6,6601$ (df = 2, p = 5%), d.h. es kann ein Zusammenhang zwischen Neurosestruktur und einem Heimaufenthalt der betreffenden Person oder eines ihrer Elternteile vermutet werden.

Tabelle II

	1a + b	2a + b	
Heim	8(4,816)	1(4,184)	9
nicht Heim	53(56,184)	52(48,816)	105
	61	53	114

$\chi^2 = 4,2152$ (df = 1, p = 5%), d.h. frühoral fixierte Personen oder ihr Vater oder ihre Mutter sind häufiger im Heim aufgewachsen als dies bei spätoral fixierten Personen der Fall ist.

Tabelle III

	1a + b	2a+b+3+4	
Heim	8(3,92)	1(5,08)	9
nicht Heim	53(57,08)	78(73,92)	131
	61	79	140

$\chi^2 = 7,2869$ (df = 1, p = 1%), d.h. bei einer Gegenüberstellung frühoral fixierter Personen gegenüber allen anderen Fixierungen zeigt sich, daß frühoral fixierte Personen oder einer ihrer Elternteile häufiger im Heim aufgewachsen sind als bei anderen Neurosestrukturen.

Interpretation:

Heimaufenthalte bewirken eher eine frühorale Fixierung. Dies ist ohne weiteres verständlich, wenn man die emotionale Kargheit und den häufigen Wechsel der Bezugspersonen in vielen Heimen bedenkt. Daß es in Heimen aber nicht nur Mangelerlebnisse gibt, sondern auch Verwöhnungsansätze, weiß jeder, der die intensiven Bemühungen vieler im Heim arbeitender Personen mit der oft problematischen Vorstellung, den Heimkindern die Eltern ersetzen zu wollen, kennt. Das Kontaktproblem steht häufig in Heimen im Vordergrund; dem entspricht auch ganz und gar unser Resultat.

10.) Stiefeltern und Struktur:

St = die betreffende Person, ihr Vater oder ihre Mutter hatten Stiefvater oder Stiefmutter oder beides.

nicht St = die betreffende Person, ihr Vater und ihre Mutter hatten weder Stiefvater noch Stiefmutter.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
St	6(5,2)	3(6,25)	8(4,11)	4(4,8)	4(3,39)	0(1,25)	25
nicht St	20(20,8)	32(28,75)	21(24,89)	20(19,2)	15(15,61)	7(5,75)	115
	26	35	29	24	19	7	140

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir kein signifikantes χ^2 . Beim Vergleich einzelner Kategorien untereinander ergab sich:

Tabelle II

	1b	2a	
st	3(6,016)	8(4,984)	11
nicht st	32(28,984)	21(24,016)	53
	35	29	64

$\chi^2 = 3,5695$ (df = 1, p = 10%), d.h. depressive Personen oder einer ihrer Elternteile haben häufiger Stiefvater oder Stiefmutter gehabt als schizoide Personen oder einer ihrer Elternteile.

Interpretation:

Daß Stiefeltern eher eine depressive Charakterstruktur als eine schizoide bewirken, können wir uns so erklären, daß dem Bekommen von Stiefeltern ja der Verlust der Mutter oder des Vaters vorausgeht und Verluste nach unseren Ergebnissen generell häufiger zu depressiven Charakterstrukturen als zu etwas anderem führen.

Speziell wenn dann ein Stiefvater oder eine Stiefmutter nachfolgt, könnte der verlorene Elternteil sehr stark idealisiert werden, d.h. die betreffende Person könnte beständig nach so etwas wie der idealen Mutter suchen, was ja, wie wir beschrieben haben, eher zur depressiven Charakterstruktur paßt.

11.) Adoptiveltern und Struktur:

Ad = Vater oder Mutter der betreffenden Person oder die betreffende Person selbst wuchs bei Adoptiveltern auf,

nicht Ad = weder Vater noch Mutter noch die betreffende Person selbst wuchs bei Adoptiveltern auf.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
Ad	4	2	0	2	1	0	9
nicht Ad	22	33	29	22	18	7	131
	26	35	29	24	19	7	140

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir kein signifikantes χ^2 .

Tabelle II

	1a	2a	
Ad	4(1,9)	0(2,1)	4
nicht Ad	22(24,1)	29(26,9)	51
	26	29	55

$\chi^2 = 2,9129$ (df = 1, p = 10%), d.h. verwahrloste Personen oder einer ihrer Elternteile könnten möglicherweise eher bei Adoptiveltern aufgewachsen sein als depressive Personen oder einer ihrer Elternteile.

Interpretation:

Mit einer Interpretation dieses Ergebnisses sollten wir sehr vorsichtig sein, doch könnten wir uns überlegen, daß Adoptiveltern häufig die Vorstellung haben, sie müßten sich ihren Adoptivkindern gegenüber genauso verhalten, wie wenn es ihre eigenen Kinder wären; dies dürfte häufig zu sehr ambivalenten Gefühlen führen, auf der einen Seite tief empfundene, echte Gefühle der Zuneigung, wie Stanton (1) nachgewiesen hat, der zeigte,

- (1) H.R. Stanton: Mother love in foster home.
Marriage Fam. Living, 1956,18.

daß Mutterliebe in Adoptivfamilien die Regel und nicht die Ausnahme ist, auf der anderen Seite aber eine Verdrängung jeglicher durchaus normaler aggressiver Motive gegenüber dem Adoptivkind, was manchmal zu einer sehr großen Belastung der Adoptiveltern führt, andererseits auch zur Enttäuschung, da diese Anstrengungen von den Adoptivkindern zunächst nicht gelohnt werden, sondern Adoptivkinder häufig auf die Anstrengungen der Adoptiveltern so reagieren, daß sie versuchen auszuprobieren, ob es wirklich gerechtfertigt ist, der neuen, tragbar scheinenden Beziehung zu vertrauen. Dies könnte häufig zu einem Schwanken zwischen Verwöhnung und Härte führen und somit vielleicht eine Verwahrlosung begünstigen.

12.) Uneheliche Geburt und Struktur.

Uneheliche Geburt = das Kind, sein Vater oder seine Mutter sind unehelich geboren,

nicht uneheliche Geburt = weder Kind, noch Vater, noch Mutter sind unehelich geboren.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
uneheliche Geburt	4	10	3	17
nicht uneheliche Geburt	57	43	23	123
	61	53	26	140

Über alle Gruppen gerechnet ergab sich kein signifikantes χ^2 .

Tabelle II

	1a + b	2a + b	
uneheliche Geburt	4(7,5)	10(6,5)	14
nicht uneheliche Geburt	57(53,5)	43(46,5)	100
	61	53	114

$\chi^2 = 3,5774$ (df = 1, p = 10%), d.h. Personen, die selbst oder bei denen ein Elternteil unehelich geboren worden ist, könnten eher zu einer spätoralen Fixierung neigen als zu einer frühoralen. Für die Interpretation müssen wir berücksichtigen, daß es sich bei den 14 Fällen überwiegend um die Mutter der Person handelte.

Interpretation:

Wir könnten vermuten, daß eine Mutter, die selbst unehelich war, sich vielleicht von ihrer Mutter abgelehnt fühlte, versucht, es bei ihren Kindern ganz anders zu machen als ihre eigene Mutter, diese mit besonderer Liebe und Zuwendung großzuziehen, was oft in eine Einengung des Kindes ausläuft und die Kinder daran hindert, in der Entwicklung die anale Phase zu erreichen.

Uneheliche Geburt der Mutter könnte also zu einer überprotektiven Haltung im Umgang mit ihren Kindern führen und somit zu einer spätoralen Fixierung.

13.) Wechsel zwischen Elternerziehung und Großelternerziehung nebeneinander.

Wechsel = Eltern und Großeltern wechselten sich in der Erziehung ab. Diese Bedingung traf entweder beim Kind, seinem Vater oder seiner Mutter zu.

kein Wechsel = die Bedingung Wechsel war weder beim Kind noch seinem Vater oder seiner Mutter gegeben.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
Wechsel	7	11	8	7	9	1	43
kein Wechsel	19	24	21	17	10	6	97
	26	35	29	24	19	7	140

keine signifikanten Differenzen zwischen verschiedenen Gruppen. Aber es ergaben sich Unterschiede, ob die in-frage stehende Person wechselweise bei Eltern und Groß-eltern war oder die Eltern:

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3	4	
betreffende Person	4	9	7	5	3	1	29
Eltern	3	2	1	2	6	0	14
	7	11	8	7	9	1	43

Über alle Gruppen gerechnet ergab sich kein signifikantes χ^2 .

Tabelle III

	2a + b	3	
betreffende Person	12(9,37)	3(5,63)	15
Eltern	3(5,63)	6(3,37)	9
	15	9	24

$\chi^2 = 4,4034$ (df = 1, p = 5%), d.h. es könnte sein, daß bei spätoral fixierten Personen eher die betreffende Person selbst, bei zwangsneurotischen Personen eher die Eltern einen Wechsel miterlebt haben.

Tabelle IV

	1b	3	
betreffende Person	9(6,6)	3(5,4)	12
Eltern	2(4,4)	6(3,6)	8
	11	9	20

$\chi^2 = 3,9619$ ($df = 1$, $p = 5\%$), d.h. es könnte sein, daß bei schizoiden Personen eher die Person selbst, bei zwangsneurotischen Personen eher die Eltern einen Wechsel miterlebt haben.

Interpretation:

Ob ein Wechsel zwischen Eltern- und Großelternerziehung nebeneinander beim Kind, dem Vater oder der Mutter stattgefunden hat, scheint keinen Einfluß auf die Ausprägung einer bestimmten Neurosestruktur zu haben. Allerdings scheint bei zwangsneurotischen Personen im Vergleich zu spätoral fixierten und schizoiden Personen ein solcher Wechsel eher bei den Eltern als bei den Kindern stattgefunden zu haben. Dies könnten wir so vielleicht erklären: Eltern- und Großelternerziehung zugleich könnte ein allgemein pathogener Faktor sein, der nicht zu speziellen Neurosestrukturen führt, seine Wirkung läßt aber mit der Zeit nach, so daß, entsprechend dem System der Psychopathologie, eher eine anale Struktur entsteht, wenn der Faktor auf die Eltern der betreffenden Person einwirkte, eher eine späte orale oder schizoide Struktur, wenn der Faktor auf das Kind einwirkte.

14.) Wechsel für ständig zu den Großeltern:

Wechsel = bei der betreffenden Person, ihrem Vater
oder ihrer Mutter fand ein Wechsel für
ständig von den Eltern zu den Großeltern statt,
kein Wechsel = die Bedingung Wechsel trifft weder auf
die betreffende Person noch einen ihrer beiden
Elternteile zu.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
Wechsel	2(6,03)	8(4,56)	3(2,41)	13
kein Wechsel	59(54,97)	45(48,44)	23(23,59)	127
	61	53	26	140

$\chi^2 = 5,2576$ (df = 2, p fast 10%), d.h. ein Zusammenhang
zwischen Art der Neurosestruktur und der Bedingung
Wechsel oder kein Wechsel scheint zu bestehen.

Tabelle II

	1a	2a	
Wechsel	0(2,83)	6(3,17)	6
kein Wechsel	26(23,17)	23(25,83)	49
	26	29	55

$\chi^2 = 5,0996$ (df = 1, p = 5%), d.h. die Bedingung Wechsel
ist häufiger bei depressiven Personen zu finden, die
Bedingung kein Wechsel häufiger bei verwahrlosten Per-
sonen.

Tabelle III

	2a	alle anderen	
Wechsel	6(2,7)	7(10,3)	13
kein Wechsel	23(26,3)	104(100,7)	127
	29	111	140

$\chi^2 = 5,612$ (df = 1, p = 1%), d.h. eine Gegenüberstellung der depressiven Personen mit allen anderen Neurose-kategorien zeigt, daß die Bedingung Wechsel bei den depressiven Personen häufiger vorkommt.

Interpretation:

Dauernder Wechsel für ständig zu den Großeltern scheint also einen Einfluß auf die Ausprägung der Neurosestruktur zu besitzen und bewirkt offensichtlich am ehesten eine depressive Charakterstruktur. Auch hier könnten wir davon ausgehen, daß Großeltern häufig den Enkelkindern gegenüber mit Besorgtheit, mit Überbesorgtheit reagieren, was zu einer Verhinderung des Eintritts in die anale Phase und somit zu Resignation und Depression führen könnte. Übersehen dürfen wir hier auch nicht, daß dauernder Wechsel für ständig zu den Großeltern einen Verlust bedeutet und wir ohnedies fanden, daß Verluste am häufigsten zu depressiven Charakterstrukturen führen, womit wir dieses Ergebnis auch ohne weiteres erklären könnten.

15.) Bei Verwandten aufgewachsen:

V. = das Kind oder einer seiner beiden Elternteile
sind bei Verwandten aufgewachsen,

n.V. = das Kind und beide Elternteile sind nicht bei
Verwandten aufgewachsen.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
V.	3(7,41)	12(6,43)	2(3,16)	17
n.V.	58(53,59)	41(46,57)	24(22,84)	123
	61	53	26	140

$\chi^2 = 8,1149$ (df = 2, p = 2%), d.h. ob das Kind oder einer seiner beiden Elternteile bei Verwandten aufgewachsen ist oder ob dies weder auf das Kind noch auf einen von beiden Elternteilen zutrifft, hat wahrscheinlich einen Einfluß auf die Entstehung von bestimmten Neurosestrukturen.

Tabelle II

	1a + b	2a + b	
V.	3 (8,025)	12(6,975)	15
n.V.	58(52,975)	41(46,025)	99
	61	53	114

$\chi^2 = 7,1972$ (df = 1, p = 1%), d.h. spätoral fixierte Personen oder ihre Eltern sind häufiger bei Verwandten aufgewachsen als frühoral fixierte Personen oder einer ihrer Elternteile.

Tabelle III

	1a	2a	
V.	0(2,8)	6(3,2)	6
n.V.	26(23,2)	23(25,8)	49
	26	29	55

$\chi^2 = 4,982$ (df = 1, p = 5%), d.h. depressive Personen oder einer ihrer Elternteile sind häufiger bei Verwandten aufgewachsen als verwahrloste Personen oder einer ihrer Elternteile.

Tabelle IV

	1a	2b	
V.	0(3,12)	6(2,88)	6
n.V.	26(22,88)	18(21,12)	44
	26	24	50

$\chi^2 = 6,4675$ (df = 1, p = fast 1%), d.h. organenneurotische Personen oder einer ihrer Elternteile sind häufiger bei Verwandten aufgewachsen als verwahrloste Personen oder einer ihrer Elternteile.

Interpretation:

Daß die Angabe in unserem Fragebogen, ob eine Person oder einer ihrer Elternteile bei Verwandten aufgewachsen ist, am häufigsten bei depressiven Personen gefunden wird, ließe sich ebenso erklären wie der Wechsel für ständig zu den Großeltern oder Stiefelternerziehung. Offensichtlich handelt es sich dabei doch immer um einen relativ schweren Verlust, der aber durch die nachfolgende warme Atmosphäre gemildert wird, so daß es nicht zu schlimmsten Regressionen (schizoide Charakterstruktur) kommt. Vielleicht sollten wir all diese Ergebnisse erst einmal darstellen und später im Zusammenhang nochmals beleuchten.

16.) Bei Kinderfrauen oder fremden Leuten aufgewachsen:

K. = die betreffende Person oder einer ihrer beiden Elternteile sind bei einer Kinderfrau oder bei fremden Leuten aufgewachsen,

n.K. = die Bedingung K. trifft weder auf die betreffende Person noch einen ihrer beiden Elternteile zu.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
K.	3	8	3	1	5	0	20
n.K.	23	27	26	23	14	7	120
	26	35	29	24	19	7	140

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir kein signifikantes χ^2 .

Tabelle II

	2a + b	3	
K.	4(6,63)	5(2,37)	9
n.K.	49(46,37)	14(16,63)	63
	53	19	72

$\chi^2 = 3,1646$ (df = 1, p = 10%), d.h. zwangsneurotische Personen oder einer ihrer Elternteile sind häufiger bei einer Kinderfrau oder bei fremden Leuten aufgewachsen als spätoral fixierte Personen oder einer ihrer Elternteile.

Tabelle III

	1b	2b	
K.	8(5,3)	1(3,7)	9
n.K.	27(29,7)	23(20,3)	50
	35	24	59

$\chi^2 = 3,2887$ (df = 1, p = 10%), d.h. schizoide Personen oder einer ihrer Elternteile sind häufiger bei einer Kinderfrau oder fremden Leuten aufgewachsen als organneurotische Personen oder einer ihrer Elternteile.

Tabelle IV

	2b	3	
K.	1(3,35)	5(2,65)	6
n.K.	23(20,65)	14(16,35)	37
	24	19	43

$\chi^2 = 2,9193$ (df = 1, p = 10%), d.h. zwangsneurotische Personen oder einer ihrer Elternteile sind häufiger bei einer Kinderfrau oder fremden Leuten aufgewachsen als organneurotische Personen oder einer ihrer Elternteile.

Interpretation:

Die Angabe in unserem Fragebogen, daß eine Person oder einer ihrer Elternteile bei einer Kinderfrau oder fremden Leuten aufgewachsen sind, steht am ehesten in Zusammenhang mit einer schizoiden, aber auch mit einer zwangsneurotischen Charakterstruktur beim Kind.

Wir könnten dies erklären als eine kühle, nüchterne, wenig emotionale, aber oft auf Sauberkeit und Ordentlichkeit bedachte Erziehung. Dies beruht wohl darauf, daß eine echt spontane Zuneigung zu einem fremden Kind wohl nur schwer aufgebracht werden kann, man aber häufig versucht ist, diesen instinktiv empfundenen Mangel mit Leistungsdressur und Sauberkeit wettzumachen.

Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so ergibt sich insgesamt der Eindruck, daß bei keiner verwandtschaftlichen Beziehung zum Kind (Heim, Kinderfrau) eher eine frühe orale Fixierung entsteht, die, je mehr die verwandtschaftliche Beziehung zunimmt, in eine späte orale Struktur übergeht (bei Verwandten aufgewachsen, Großeltern), daß also eine frühe orale Struktur mit einem zunehmenden Grad von Beziehung unwahrscheinlicher wird. Dieses Ergebnis würde durchaus mit psychoanalytischen Überlegungen in Einklang stehen.

17.) Fehlen des Vaters (im Alter von einem halben Jahr mindestens für zwei Jahre):

a) bei Kind, Vater oder Mutter,

kein Vater = beim Kind, seinem Vater oder seiner Mutter fehlte der Vater im Alter von einem halben Jahr mindestens für zwei Jahre,

Vater = weder beim Kind, noch beim Vater, noch bei der Mutter fehlte der Vater im Alter von einem halben Jahr für zwei Jahre oder länger.

Tabelle I

	1a + b	2a + b	3 + 4	
kein Vater	8(12,2)	16(10,6)	4(5,2)	28
Vater	53(48,8)	37(42,4)	22(20,8)	112
	61	53	26	140

$\chi^2 = 5,4085$ (df = 2, p = 10%), d.h. mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% besteht ein Zusammenhang zwischen der Entstehung bestimmter Neurosestrukturen und dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein des Vaters im Alter von einem halben Jahr mindestens für zwei Jahre (beim Kind, dessen Vater oder dessen Mutter).

Tabelle II

	1a + b	2a + b	
kein Vater	8(12,8)	16(11,2)	24
Vater	53(48,2)	37(41,8)	90
	61	53	114

$\chi^2 = 4,886$ (df = 1, p = 5%), d.h. spätoral fixierte Personen oder einer ihrer Elternteile haben häufiger im Alter von einem halben Jahr den Vater nicht erlebt als frühoral fixierte Personen oder einer ihrer Elternteile.

Tabelle III

	1b	2b	
kein Vater	4(7,12)	8(4,88)	12
Vater	31(27,88)	16(19,12)	47
	35	24	59

$\chi^2 = 3,8174$ (df = 1, p = fast 5%), d.h. organneurotische Personen oder einer ihrer Elternteile haben häufiger im Alter von einem halben Jahr den Vater nicht miterlebt als schizoide Personen oder einer ihrer Elternteile.

Bei einer Gegenüberstellung der spätoral fixierten Personen gegenüber allen anderen Fixierungen ergab sich ein signifikantes Ergebnis:

Tabelle IV

	2a + b	alle anderen	
kein Vater	16(10,6)	12(17,4)	28
Vater	37(42,4)	75(69,6)	112
	53	87	140

$\chi^2 = 5,5337$ (df = 1, p = 2%), d.h. spätoral fixierte Personen oder einer ihrer Elternteile haben häufiger im Alter von einem halben Jahr den Vater nicht erlebt als dies bei anderen Fixierungen der Fall ist.

b) Fehlen des Vaters bei der Mutter:

Tabelle V

	1a + b	2a + b	3 + 4	
Fehlen des Vaters	2(6,53)	10(5,68)	3(2,79)	15
kein Fehlen des Vaters	59(54,47)	43(47,32)	23(23,21)	125
	61	53	26	140

$\chi^2 = 6,4542$ (df = 2, p = 5%), d.h. mit 95 % Wahrscheinlichkeit besteht ein Zusammenhang zwischen Fehlen des Vaters bei der Mutter (im Alter von einem halben Jahr für mindestens zwei Jahre) oder keinem Fehlen des Vaters und bestimmten Neurosestrukturen unserer Probanden.

Tabelle VI

	1a + b	2a + b	
Fehlen des Vaters	2(6,42)	10(5,58)	12
kein Fehlen des Vaters	59(54,58)	43(47,42)	102
	61	53	114

$\chi^2 = 6,6658$ (df = 1, p = 1%), d.h. die Mütter spätoral fixierter Personen haben häufiger ein Fehlen des Vaters erlebt als die Mütter frühoral fixierter Personen.

Tabelle VII

	2b	1b	
Fehlen des Vaters	6(2,85)	1(4,15)	7
kein Fehlen des Vaters	18(21,15)	34(30,85)	52
	24	35	59

$\chi^2 = 4,9467$ (df = 1, p = 5%), d.h. die Mütter organ-neurotischer Personen haben häufiger ein Fehlen des Vaters miterlebt als die Mütter schizoider Personen.

Tabelle VIII

	1a	2b	
Fehlen des Vaters	1(3,64)	6(3,36)	7
kein Fehlen des Vaters	25(22,36)	18(20,64)	43
	26	24	50

$\chi^2 = 3,9824$ (df = 1, p = 5%), d.h. die Mütter organ-neurotischer Personen haben häufiger ein Fehlen des Vaters miterlebt als die Mütter verwahrloster Personen.

c) Fehlen des Vaters beim Vater:

Fehlen des Vaters bei der Mutter.

Bei der Untersuchung der Frage, ob das Fehlen des Vaters beim Vater eine andere Neurosestruktur bei den Kindern bewirkt als das Fehlen des Vaters bei der Mutter ergab nur die Gegenüberstellung von frühoral fixierten und spätoral fixierten Personen ein signifikantes Ergebnis.

Tabelle IX

	1a + b	2a + b	
Fehlen des Vaters beim Vater	4(1,5)	0(2,5)	4
Fehlen des Vaters bei der Mutter	2(4,5)	10(7,5)	12
	6	10	16

$\chi^2 = 5,720$ ($df = 1$, $p = 2\%$), d.h. Fehlen des Vaters beim Vater scheint eher zu einer frühoralen Struktur zu führen, Fehlen des Vaters bei der Mutter eher zu einer spätoralen Struktur.

Interpretation:

Sowohl wenn man Vater, Mutter und Kind betrachtet, als auch wenn man die Mütter alleine betrachtet, scheint das Fehlen des Vaters im Alter von einem halben Jahr am ehesten eine organneurotische Entwicklung zu begünstigen. Zumindest für das Asthma, aber sicher auch für noch andere Organneurosen trifft zu, daß die Beziehung zwischen Mutter und Kind als zu eng gesehen werden muß, als zu kontrollierend, daß sie getragen ist von einer beständigen ängstlichen Besorgtheit der Mutter, die beim Kind zur Unselbständigkeit, mangelndem Selbstvertrauen und der Unfähigkeit führt, in Konfliktsituationen anders als mit der Erwartung zu reagieren,

daß die Mutter kommt und den Konflikt löst. Wenn die Mutter nun selbst in den frühesten Jahren ihres Lebens keinen Vater hatte, so wäre zu erwarten, daß sie selbst in einer überstarken Bindung zu ihrer eigenen Mutter, in einer Art symbiotischer Beziehung zwischen Mutter und Kind aufwuchs und diese Form der Beziehung dann auch bei ihren eigenen Kindern praktiziert. Daß das Fehlen des Vaters auch häufig zu depressiven Verstimmungen führt, könnten wir uns einmal so erklären, daß das Fehlen des Vaters sich in einer depressiven Stimmungslage der Mutter niederschlägt, sie sich als verlassene Frau fühlt und niemand anderen hat, mit dem sie ihren Kummer teilen könnte als das Kind, wodurch dieses schon sehr früh überwiegend die traurige Seite des Lebens kennenlernt. Denkbar wäre auch, da der Vater ja gegen Ende des ersten Lebensjahres eine Rolle zu spielen beginnt im Leben des Kindes, daß sein Fehlen geringere Kontaktmöglichkeiten oder allgemein eine Mangelsituation darstellt, die die Stimmungslage des Kindes beeinflussen könnte, und das sowohl, wenn der Vater durch Tod oder Scheidung verloren wurde, als auch wenn er schon vor der Geburt des Kindes sich von der Mutter getrennt hat. Wenn wir auch bezüglich unseres Ergebnisses, daß Fehlen des Vaters beim Vater eher zu einer frühen oralen, Fehlen des Vaters bei der Mutter eher zu einer späten oralen Fixierung bei den Kindern führt, eine nur mit äußerster Vorsicht zu betrachtende Hypothese wagen wollen, so könnten wir vermuten, daß für einen Jungen das Fehlen des Vaters vielleicht noch stärker angestaussend und somit regressionsfördernd

ist als für ein Mädchen, weil er dadurch stark am Erlernen männlicher Verhaltensweisen gehindert würde, die Mutter auf der einen Seite ihn wohl als Mannersatz sehen könnte, er auf der anderen Seite diese Rolle aber nie über einen gewissen Grad hinaus sich aneignen dürfte. Bei diesen Erlebnissen des Vaters könnten sich ähnliche Haltungen bei seinen Kindern ergeben.

Nachzutragen wäre noch, daß wir auch bei der Berechnung der Verluststärken das Fehlen des Vaters vor oder zum Zeitpunkt eines halben Jahres immer als Verlust zum Zeitpunkt eines halben Jahres gerechnet haben.

Die Verlustfunktion nach Toman hat zwar überhaupt als Einheiten Jahre, aber bei halben Jahren ist die Verzerrung von k bei k nahe 1 und $\log k$ nahe 0 praktisch nicht erheblich.

b) Partielle Verluste :

Beschäftigen wir uns im folgenden mit den Auswirkungen von sogenannten partiellen Verlusten und deren Stärke; das sind keine endgültigen Verluste, es sind auch keine längere Zeit dauernden, aber vorübergehende Verluste, wie die sogenannten temporären Verluste, d.h. vorübergehende Trennung eines Kindes von seiner Familie oder die vorübergehende Abwesenheit einer Person aus dem Familienverband,

sondern es sind Verluste eines Teilaspekts von Personen. Darunter wollen wir auch die Verluste verstehen, bei denen ein Elternteil nicht ganz verloren wird, sondern nur zu ganz bestimmten Tageszeiten; wenn also z.B. die Mutter intensiv mit Heimarbeit beschäftigt ist, so stellt das einen partiellen Verlust der Mutter dar, d.h. ein Teil der Zeit, die die Mutter normalerweise für das Kind zur Verfügung hat, ist dem Kind verlorengegangen. Häufige Abwesenheiten des Vaters abends oder an Wochenenden sind ebenfalls partielle Verluste, genauso Berufstätigkeit der Mutter, sofern das Kind nicht ganz in die Hände anderer Pflegepersonen gegeben wird. Gehen wir diesmal im Sinne der Gleichberechtigung zuerst auf die Väter ein.

1.) Abwesenheiten des Vaters abends oder an Wochenenden:

abwesend = es ist angegeben, daß der Vater abends einmal in der Woche oder öfter oder am Wochenende einmal im Monat oder öfter abwesend ist,

nicht abwesend = es ist angegeben, daß der Vater abends oder an Wochenenden im Durchschnitt nicht abwesend ist.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
abwesend	11(7,27)	11(11,08)	9(9,17)	5(7,27)	4(6)	3(2,21)	43
nicht abwesend	12(15,73)	24(23,92)	20(19,83)	18(15,73)	15(13)	4(4,79)	93
	23	35	29	23	19	7	136

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir kein signifikantes χ^2 .

Tabelle II

	1a	3	
abwesend	11(8,2)	4(6,8)	15
nicht abwesend	12(14,8)	15(12,2)	27
	23	19	42

$\chi^2 = 2,9067$ (df = 1, p = 5%, einseitig), d.h. bei Verwahrlosten ist der Vater häufiger abends oder an Wochenenden abwesend als bei zwangsneurotischen Personen.

Tabelle III

	1a	1b	
abwesend	11(8)	5(8)	16
nicht abwesend	12(15)	18(15)	30
	23	23	46

$\chi^2 = 3,106$ (df = 1, p = 5%, einseitig), d.h. bei Verwahrlosten ist der Vater häufiger abends oder an Wochenenden abwesend als bei schizoiden Personen.

Tabelle IV

	1a	2a	
abwesend	11(8)	7(10)	18
nicht abwesend	12(15)	22(19)	34
	23	29	52

$\chi^2 = 3,09$ (df = 1, p = 5%, einseitig), d.h. bei Verwahrlosten ist der Vater häufiger abends oder an Wochenenden abwesend als bei depressiven Personen. In diesem Fall sind nur die Abwesenheiten abends gezählt, das Ergebnis soll nur eine Zusatzinformation zu den vorhergehenden Ergebnissen darstellen.

Tabelle V

	1a	alle anderen	
abwesend	11(7,27)	32(35,73)	43
nicht abwesend	12(15,73)	81(77,27)	93
	23	113	136

$\chi^2 = 3,3680$ (df = 1, p = 5%, einseitig), d.h. bei verwehrlosten Personen ist der Vater häufiger abends oder an Wochenenden abwesend als bei allen anderen Neurosekatgeorien.

Die Korrelation zwischen Anzahl des Fehlens des Vaters am Wochenende oder abends und der Stärke des von den Eltern erlittenen Verlusts war zwar nicht signifikant, aber positiv ($\rho = 0,1811$), weshalb wir eine Parallelisierung nach der Stärke des von den Eltern erlittenen Verlusts vornahmen.

Bei 1b ist der Vater signifikant öfter abends oder am Wochenende abwesend als bei 2a: $\bar{D} = 1,71$;
 $t = 2,655$ (df = 6, p = 5%, zweiseitig).

Bei 1a ist der Vater signifikant öfter abends oder am Wochenende abwesend als bei 2a: $\bar{D} = 1,889$;
 $t = 2,713$ (df = 6, p = 5%, zweiseitig).

Interpretation:

Unsere Hypothese von Anfang an war, daß die Schwankungen, die Labilität, die partielle Verluste, wie z.B. Berufstätigkeit der Mutter, für die Beziehungen zwischen Kind und Eltern verursachen, am ehesten eine Bindungsunsicherheit begünstigen, sowie ein Schwanken zwischen der Illusion, ich kann alles bekommen, was ich will, und der Vorstellung, die Welt

bietet mir gar nichts, also ein ständiges Hin- und Hergerissensein zwischen günstigen und ungünstigen Situationen. Das Erlernen sozialer Normen dürfte bei Instabilität des Kontakts besonders leiden. Schon in der frühen Kindheit wird ein Kind überfordert, wenn es einmal von der Mutter, einmal von der Großmutter und dann vielleicht wieder von anderen Personen gefüttert wird. Lernen über die Umwelt ist beim Kind wie beim Erwachsenen gebunden an die Voraussetzung sich wiederholender Umstände von Befriedigungssituationen (Toman) (1), (Hull) (2). Maier u.a. (3) konnten die neurotisierende Wirkung, wenn die Begleitumstände von Befriedigungen ständig wechseln, im Tierversuch sehr gut nachweisen. Bei einem dieser Versuche konnten sich die Ratten, wenn sie gegen einen bestimmten Karton sprangen, immer Futter verschaffen dadurch, daß der Karton zur Seite gerückt wurde. Nun wurde plötzlich dieser Karton fixiert, ein anderer gab aber Futter frei und der Karton, der jeweils Futter freigab, wechselte nun ständig. Schließlich entstanden intensive Angstzustände und verschiedene andere neurotische Symptome, sowie ein starres 'fixiertes' Verhalten, d.h. die Ratten sprangen nun gegen immer ein und denselben Karton, ohne Rücksicht darauf, welche Erfahrungen dem jeweiligen Sprung vorausgegangen waren.

- (1) W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation; Oxford-London-New York-Paris, 1960.
- (2) C.L. Hull: Principles of Behavior, New York 1943.
- (3) N.R.F. Maier, N.M. Glaser und J.B. Klee:
Studies of abnormal behavior in the rat,
J. exp. Psychol. 1940, 26.

In einer ähnlich schwierigen Situation befindet sich auch ein Kind, das einmal von der Mutter, dann von der Großmutter immer wechselnd aufgezogen wird, das bei der Mutter unter ganz anderen Umständen und mit ganz anderen Mitteln Befriedigung erreicht als etwa bei der Großmutter. Es könnte dies zu einer völligen Desorientierung und zu unrealistischen Einstellungen beim Kind führen, daß es nicht mehr weiß, mit welchen Mitteln und in welchen Situationen man bestimmte Befriedigungen erreichen kann oder nicht. Gerade das ist es ja, was das Verhalten verwahrloster Personen ausmacht; sie haben keine Maßstäbe für das, was ihnen möglich ist und was ihnen nicht möglich ist und auf Grund dessen gehen sie mit ihren Reaktionen oft sehr stark an den Anforderungen der Umwelt vorbei. Daß die Väter in den Familien verwahrloster Personen häufiger und öfter abwesend sind als bei den meisten anderen Neurosekategorien, könnten wir auch mit der in solchen Familien vorherrschenden Bindungsproblematik erklären. Da wir eine positive Korrelation zwischen den Verluststärken der Eltern und der Anzahl der Abwesenheiten des Vaters fanden, wäre für weitere Untersuchungen die Frage zu stellen, ob Eltern nicht vielleicht, wenn sie selbst schwere Verluste erlitten haben, diese nicht nur auf dem Weg über Einstellungen an ihre Kinder weitergeben, sondern vielleicht auch auf dem Weg über direkte Erlebnisse von häufigen Abwesenheiten und Trennungen, die sie ihren Kindern eher verursachen als Eltern mit geringeren Verluststärken. Hier läge vielleicht ein wichtiger Ansatzpunkt

für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Verhaltensweisen von Kindern und denen der Eltern. Daß wir auch bei schizoiden Personen eine größere Anzahl von Abwesenheiten des Vaters erhielten, als z.B. bei depressiven, könnte an der Kontaktstörung schizoider Familien liegen, zum anderen aber auch daran, daß vielleicht der Zusammenhalt in Familien depressiver Personen größer ist, da ein Kennzeichen der Depression ja die Hingabe an den anderen, das für den anderen Dasein und Sich-aufopfern ist, wodurch der Zusammenhalt in solchen Familien vielleicht größer sein könnte.

2.) Die Frequenz der Personen mit Berufstätigkeit der Mutter:

Bezüglich der Berufstätigkeit der Mutter können wir auswerten nach der Frequenz der Personen, bei denen die Mutter der betreffenden Person bzw. die Mutter eines der beiden Elternteile der betreffenden Person nach der Geburt wieder berufstätig war, zum anderen nach dem Alter zum Zeitpunkt des partiellen Verlusts bei den Kindern und den Eltern, sowie der Stärke des partiellen Verlusts (berechnet nach der oben angeführten abgewandelten Formel, unter Berücksichtigung, ob es sich um Ganztagsarbeit, also um einen relativ schweren Verlust, um Halbtagsarbeit oder Heimarbeit handelt). Berufstätigkeit der Mutter ist dabei definiert wie bei den Auswertungskriterien angegeben.

Betrachten wir jetzt erst einmal, in welcher unserer Neurosekategorien Berufstätigkeit der Mutter bzw. Berufstätigkeit der Mutter eines der beiden Elternteile am häufigsten vorkommt.

Berufstätigkeit = die Mutter der betreffenden Person oder die Mutter der Mutter oder die Mutter des Vaters war wieder berufstätig,

nicht berufstätig = weder die Mutter der betreffenden Person, noch die Mutter der Mutter, noch die Mutter des Vaters der betreffenden Person war wieder berufstätig.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4	
berufstätig	10(13)	19(17,5)	18(14,5)	12(12)	10(9,5)	1(3,5)	70
nicht berufstätig	16(13)	16(17,5)	11(14,5)	12(12)	9(9,5)	6(3,5)	70
	26	35	29	24	19	7	140

Über alle Gruppen gerechnet erhielten wir kein signifikantes χ^2 .

Tabelle II

	2a	4	
berufstätig	18(15,31)	1(3,69)	19
nicht berufstätig	11(13,69)	6(3,31)	17
	29	7	36

$\chi^2 = 4,4884$ ($df = 1$, $p = 5\%$), d.h. bei depressiven Personen ist die Mutter häufiger wieder berufstätig bzw. die Mutter der Mutter oder die Mutter des Vaters als bei hysterischen Personen.

Interpretation:

Bei einer Gegenüberstellung der verschiedenen Neurosekategorien zeigte sich nur ein Unterschied zwischen depressiven und hysterischen Personen, nicht wie zu erwarten zwischen verwahrlosten Personen und den übrigen Kategorien. Wir können dies so erklären, daß wir ja die Eltern der betreffenden Person in unsere Auswertung mit einbezogen haben und sich evtl. eine Verwahrlosungsstruktur der Mütter unserer untersuchten Personen durch die Länge der Zeit, die seit dem partiellen Verlust vergangen ist, zu einer depressiven Charakterstruktur mildert. Vielleicht kann unser Ergebnis aber auch damit zusammenhängen, daß ja nach den bisherigen Resultaten Verluste ganz allgemein häufiger zu einer depressiven Charakterstruktur als zu irgendeiner anderen neurotischen Struktur führen und dies auch für partielle Verluste gelten könnte. Wenn dies stimmt, müßten wir aber ähnlich, wie wir bei den endgültigen Verlusten feststellten, daß zwar unter depressiven Personen Personen mit Verlusten häufiger zu finden sind als in anderen Neurosekategorien, aber die schwersten Verluste sich bei der schizoiden Charakterstruktur und der Verwahrlosung fanden, feststellen können, daß bezüglich der Stärke des Verlustes und des Zeitpunkts, zu dem die Mutter wieder berufstätig wurde,

die partiellen Verluste Verwahrloster gravierender sein müßten als die in allen anderen Neurosekatégorien.

- 3.) Alter zum Zeitpunkt des partiellen Verlusts bei den Kindern:

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	(4 nicht ausgewertet, da nur ein Fall).
M	1,53	1,6	2,8	1,55	1,9	
σ^2	3,8	3,64	8,47	5,29	5,98	
N	9	15	11	8	6	

Hier ergaben sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede, ebenso keine signifikant verschiedenen Varianzen.

- 4.) Alter zum Zeitpunkt des partiellen Verlusts bei den Eltern:

Diese Fragestellung betrifft also das Alter, zu dem Vater oder Mutter der betreffenden Person einen partiellen Verlust durch Berufstätigkeit ihrer Mutter erlitten haben.

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	0,04	3,22	3,94	1,81	1,638	-
G^2	0,0024	13,03	22,8	8,11	8,43	-
N	5	10	7	9	8	-

Signifikant unterschiedene Varianzen:

1a und 1b: $F = 5429$; F krit.

$$(df_1 = 9, df_2 = 4, p = 1\%) = 14,66$$

2a und 1a: $F = 9500$; F krit.

$$(df_1 = 6, df_2 = 4, p = 1\%) = 15,21$$

2b und 1a: $F = 3379$; F krit.

$$(df_1 = 8, df_2 = 4, p = 1\%) = 14,8$$

3 und 1a: $F = 3512$; F krit.

$$(df_1 = 7, df_2 = 4, p = 1\%) = 14,98$$

Signifikant unterschiedene Mittelwerte:

1a und 1b: $t = 2,785$ ($df = 6,5$; $p = 5\%$, zweiseitig), d.h. bei verwahrlosten Personen nahmen die Großmütter mütterlicher- oder väterlicherseits zu einem früheren Zeitpunkt ihre Arbeit wieder auf als bei schizoiden Personen.

Interpretation:

Hier fanden wir also einen deutlichen Unterschied zwischen der Gruppe der schizoiden Personen und der der verwahrlosten, das bedeutet also nach unseren bisherigen Ergebnissen, daß sehr schwere endgültige Verluste bei den Eltern in der Regel sowohl zu einer schizoiden wie zu einer verwahrlosten Struktur führen können, daß für die Verwahrlosung jedoch ein sehr früher partieller

Verlust durch Berufstätigkeit der Mutter der Mutter oder der Mutter des Vaters charakteristisch ist. Wir können dies damit erklären, daß die Mütter, aber auch die Väter, die selbst erlebt haben, daß ihre Mutter sich früh dem Kontakt mit ihnen entzogen hat, dazu neigen, sich genauso ihren Kindern zu entziehen, dies aber nicht beständig tun, sondern so, wie vielleicht ihre eigene Mutter, in den Zeiten, wo sie mit dem Kind zusammen sind, diesem intensive Verwöhnungserlebnisse zukommen lassen, um die Mangelerlebnisse während der übrigen Zeit auszugleichen, manchmal vielleicht auch beides zugleich, dem Kind auf der einen Seite materielle Verwöhnung zukommen lassen und es gleichzeitig damit trösten dafür, daß man im Augenblick keine Zeit hat.

5.) Stärke des partiellen Verlusts bei den Kindern:

Gruppe 4 haben wir wegen mangelnder Besetzung nicht mit ausgewertet, ebenso wie auch bei den Verlusten der Eltern und dem partiellen Gesamtverlust.

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3
Median	1,823	1,593	1,329	1,868	1,521
N	9	15	11	8	6

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3
T_i	245,5	351,5	265,5	224,5	138
N	9	15	11	8	6

T_i ist die Rangsumme der jeweiligen Gruppe.

$\chi^2 = 0,9$, über alle Gruppen gerechnet, ist nicht signifikant, d.h. wir müssen die Nullhypothese weiterhin beibehalten, d.h. ein Zusammenhang zwischen der Stärke des partiellen Verlusts bei den Kindern und verschiedenen Neurosestrukturen ließ sich nicht nachweisen.

6.) Stärke des partiellen Verlusts bei den Eltern:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3
Median	0,7655	0,3132	0,4374	0,5535	0,9282
N	5	10	7	9	8

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3
T_i	156	139	116	186,5	182,5
N	5	10	7	9	8

T_i ist die Rangsumme der jeweiligen Gruppe.

Die Gruppen sind mit 90% Wahrscheinlichkeit voneinander unterschieden ($\chi^2_{KW} = 8,7$; $df = 4$, $p = 10\%$), d.h. mit 90% Wahrscheinlichkeit besteht ein Zusammenhang zwischen der Stärke des partiellen Verlusts bei den Eltern und verschiedenen Neurosestrukturen.

Im einzelnen ergab sich:

1a und 1b unterschieden: $x_{KW}^2 = 8,26$ ($T_{1a} = 63,5$; $T_{1b} = 56,5$; $df = 1$, $p = 1\%$), d.h. es ist sehr wahrscheinlich, daß die Eltern verwahrloster Personen stärkere partielle Verluste erlitten haben als die Eltern schizoider Personen.

1a und 2a unterschieden: $x_{KW}^2 = 5,54$ ($T_{1a} = 47$; $T_{2a} = 31$; $df = 1$, $p = 2\%$), d.h. mit einer Wahrscheinlichkeit von 98% haben die Eltern verwahrloster Personen stärkere partielle Verluste erlitten als die Eltern depressiver Personen.

1a und 2b unterschieden: $x_{KW}^2 = 3,01$ ($T_{1a} = 50,5$; $T_{2b} = 54,5$; $df = 1$, $p = 5\%$ einseitig), d.h. unter der Voraussetzung, daß wir von vornherein davon ausgingen, daß sich ein Unterschied ergeben würde, bei dem die partiellen Verluste der Eltern verwahrloster Personen stärker ausgeprägt sind als die partiellen Verluste der Eltern organaneurotischer Personen, können wir sagen, ein solcher Zusammenhang hat eine Wahrscheinlichkeit von 95%.

7.) Stärke des partiellen Gesamtverlusts:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3
Median	1,9587	1,285	1,101	1,9772	1,6271
N	10	19	18	12	10

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3
N	10	19	18	12	10
T_i	440,5	610	506	472,5	386

T_i ist dabei die Rangsumme der jeweiligen Gruppe.

$x^2 = 5,3$ über alle Gruppen nicht signifikant.

Im einzelnen ergab sich:

1a und 2a unterschieden: $x^2_{KW} = 4,84$ ($T_{1a} = 191$, $T_{2a} = 215$; $df = 1$, $p = 5\%$), d.h. es ist wahrscheinlich, daß verwahrloste Personen stärkere partielle Gesamtverluste (also Verluste, die sie selbst und die ihre Eltern erlebt haben) aufweisen als depressive Personen.

Interpretation aller Ergebnisse zu den partiellen Verluststärken:

Beim partiellen Gesamtverlust haben wir ebenso wie beim endgültigen Gesamtverlust die Stärke des Elternverlusts mit einem Viertel angerechnet. Da dann natürlich die Verluste der Kinder stärker ins Gewicht fallen, wo wir bei den partiellen Verluststärken keine signifikanten Resultate erhielten, bekamen wir auch bei den Gesamtverluststärken nur einen signifikanten Unterschied. Wir haben es trotzdem beim Verhältnis von 1 : 1/4 belassen, um nicht bei der Berechnung des partiellen Gesamtverlusts und bei der Berechnung des endgültigen Gesamtverlusts unterschiedlich vorzugehen. Ob dies allerdings zweckmäßig war, soll kurz überprüft werden. Bei den endgültigen Verlusten kann sich eine Korrelation zwischen Verlusten der Mutter und Verlusten des Kindes ja fast nur durch Scheidungen ergeben (wenn willkürliche Entscheidungen ausschlaggebend sind. Sonst könnten zufällig auch Todesfälle zu ähnlichen Zeiten eintreten). Da jedoch die Verluste

durch Todesfälle weit die Verluste durch **Scheidung** überwiegen, können wir davon ausgehen, daß die endgültigen Verluste der Kinder durch die Eltern nicht sehr stark manipulierbar sind, zumindest lange nicht so stark wie bei den partiellen Verlusten. Hier hat die Mutter viel mehr Einfluß auf den Zeitpunkt, zu dem ihr Kind einen Verlust erleidet, dadurch daß sie wieder berufstätig wird und sie wird diesen Zeitpunkt vielleicht am ehesten so wählen, wie sie ihn von ihrer Mutter her gewohnt ist. Wenn dies stimmt, müßten zwischen Berufstätigkeit der Mütter unserer Probanden und Berufstätigkeit der Mütter der Mütter Beziehungen bestehen. Tatsächlich korreliert (nur Ganztagsarbeit berücksichtigt) der Zeitpunkt zu dem die Mutter wieder arbeiten ging, mit dem Zeitpunkt, zu dem die Mutter der Mutter wieder arbeiten ging mit $r = 0,6273$ ($t = 2,278$; $df = 8$, einseitig signifikant bei 5%). Da sich häufig Eltern heiraten, so könnten wir jedenfalls vermuten, die beide Verluste erlitten haben, könnten auch der Zeitpunkt, zu dem die Mutter der Mutter wieder arbeiten ging und der Zeitpunkt, zu dem die Mutter des Vaters wieder arbeiten ging, korrelieren. Dies ist auch tatsächlich der Fall: $r = 0,8394$ ($t = 4,4$; $df = 8$, $p = 1\%$, zweiseitig); auch hier haben wir nur Ganztagsarbeit berücksichtigt. Nun müssen wir uns überlegen, wenn sich dies so verhält, warum haben wir dann bei den partiellen Verlusten der Kinder keine signifikanten Ergebnisse erhalten. Wir können uns dies vorläufig nur so erklären, daß für die Ausprägung einer neurotischen Struktur auf Grund partieller Verluste die Wirkung auf Grund des unmittelbaren Verlusterlebnisses geringer ist als die Wirkung über die allgemeinen Verhaltensweisen und Einstellungen der Eltern, die aus deren Verlusterlebnissen resultieren. Wenn dies so ist,

dann müßte die neurotische Problematik, die auf Grund partieller Verluste erworben wurde, erst relativ spät ihre Wirkung zeigen, vielleicht besonders beim Jungen erst zu einem Zeitpunkt, für den der Beruf für ihn selbst wichtig wird oder zu dem das Nichtgelernt-haben der eigenen Geschlechtsrolle auf Grund des zu geringen Unterschiedes zwischen den Geschlechtern in der eigenen Familie für ihn zum Problem wird. Das würde voraussetzen, daß einer Wiederaufnahme des Berufs durch die Mutter zu einer Zeit, in der das Kind noch sehr klein ist, eine Fehlidentifikation der Mutter zugrunde liegt. Wir wären hier also bereits in der Nähe dessen, was wir eigentlich als hysterisch bezeichnen wollten; so groß ist der Unterschied wohl auch nicht, wenn man daran denkt, daß Lügen, Nichtbewältigung der Realität auch Ausdruck einer hysterischen Struktur sein kann, ja, daß es sogar so etwas wie Kleptomanie mit besonderer sexueller Bedeutung gibt. Wenn dies so wäre - und wir verhehlen nicht, daß es sich dabei vorerst um vage Spekulationen handelt - hätten wir natürlich die Verluste der Eltern nicht mit einem Viertel, sondern wesentlich höher in Rechnung stellen sollen. Um noch etwas mehr Klarheit in diese bis jetzt etwas verworren erscheinenden Zusammenhänge zu bringen, haben wir versucht herauszubekommen, was die spezielle Verschiedenheit in der Einstellung gegenüber Vater, Mutter und sich selbst bei den Kindern berufstätiger Mütter gegenüber den Kindern nicht berufstätiger Mütter ausmacht. Wir können im Anschluß daran dann noch einmal auf die jetzt eben erörterten Probleme zurückkommen. Die Untersuchung, an der Fräulein Elisabeth Sauerwald und Fräulein Dorothea Groschke als Praktikantinnen der Psychologischen Beratungsstelle Arnsberg und der Autor als Leiter dieser Stelle beteiligt waren, hatte folgenden Aufbau:

8.) Die Erlebnisweisen des Kindes berufstätiger Mütter:

Wir verglichen 20 Fälle, bei denen die Mutter für mindestens zwei Jahre vor Ende des fünften Lebensjahres des Kindes wieder ganztags berufstätig wurde und 20 Fälle, in denen die Mutter bis zum Beginn des sechsten Lebensjahres des Kindes überhaupt nicht wieder berufstätig war. Wir versuchten, Alter und Geschlechtsverteilung bei beiden Gruppen annähernd konstant zu halten. Die Fälle wurden aus einem größeren Material gezogen. Wir betrachteten diese Untersuchung nicht als letzte Klarstellung von Zusammenhängen, sondern nur als weiteren zusätzlichen Anhaltspunkt für die Frage, warum wir bei den partiellen Verlusten der Kinder keine signifikanten Differenzen, bei den partiellen Verlusten der Eltern sehr wohl signifikante Differenzen zwischen den verschiedenen Neurosegruppen erhalten haben. Wir hofften, dem Problem etwas näher zu kommen, wenn wir herausbekämen, wie die Kinder berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter sich selbst, ihre Väter und ihre Mütter erleben. Mit all diesen Fällen war der Test 'Familie in Tieren' gemacht worden. Alle dabei verwandten Tiere wurden nun von sieben Personen nach verschiedenen Gesichtspunkten geratet, um ihren emotionalen Gehalt zu erfassen. Die sieben Personen waren mit dem Zweck der Untersuchung nicht vertraut, hatten jedoch Erfahrung mit dem Test, so daß sie die Erlebnisweise von Kindern eigentlich hätten richtig einschätzen müssen.

Die Tiere wurden auf folgenden Skalen von 1 bis 7
geratet:

1. Positiv	-	negativ
2. aggressiv	-	nicht aggressiv,
3. ohnmächtig	-	mächtig,
4. intelligent	-	nicht intelligent,
5. stabil	-	nicht stabil,
6. warm	-	kühl,
7. männlich	-	weiblich,
8. körperlich robust	-	körperlich nicht robust,
9. mit weichem Fell	-	nicht mit weichem Fell.

Selbstverständlich stellen diese neun Kategorien keine voneinander unabhängigen Skalen dar und insofern könnte es durchaus sein, daß einige unserer Ergebnisse etwas Ähnliches aussagen. Wir waren jetzt nach diesem rating in der Lage, einen Mittelwert für jedes Tier zu berechnen, und wenn dieser z.B. für die Kategorie aggressiv - nicht aggressiv über 3,5 lag, konnten wir das Tier eher als aggressiv einstufen, wenn der Wert unter 3,5 lag eher als nicht aggressiv. Angenommen, ein Kind hätte seine Mutter als Krokodil gesehen und wir hätten für das Krokodil einen Wert von 7 für aggressiv, so hätten wir diesen bei denen eingereiht, bei denen die Mutter als aggressiv erlebt wird. Gleichzeitig hätten wir gewußt, daß dieses Kind die Mutter als weit überdurchschnittlich aggressiv erlebt. So standen uns zwei Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung, einmal der t-Test, evtl. auch Rangtests, da wir ja für jedes Tier einen Wert zwischen eins und sieben auf jeder Skala hatten, und zum anderen der χ^2 - Test, wenn wir uns auf die Information beschränkten, ob ein Tier bei der Wertung im Durchschnitt über oder unter 3,5 lag. Wir wollen hier erst einmal die Ergebnisse anführen, um sie dann im Zusammenhang mit dem bisher über partielle Verluste Gesagten zu diskutieren.

- a) Die berufstätige Mutter im Vergleich zur nicht berufstätigen Mutter im Erleben des Kindes:

- 1.) Kinder nicht berufstätiger Mütter sehen ihre Mütter häufiger positiv und seltener negativ im Vergleich mit den Kindern berufstätiger Mütter.

Tabelle

	positiv	negativ	
berufstätig	7(10)	9(6)	16
nicht berufstätig	15(12)	4(7)	19
	22	13	35

$$\chi^2 = 4,05 \text{ (df = 1, p = 5\%).}$$

- 2.) Kinder berufstätiger Mütter sehen ihre Mütter häufiger aggressiv und seltener nicht aggressiv im Vergleich mit den Kindern nicht berufstätiger Mütter.

Tabelle

	aggressiv	nicht aggressiv	
berufstätig	11(7,3)	5(8,7)	16
nicht berufstätig	5(8,7)	14(10,3)	19
	16	19	35

$$\chi^2 = 5,558 \text{ (df = 1, p = 2\%).}$$

- 3.) Kinder berufstätiger Mütter sehen ihre Mütter häufiger intelligent und seltener nicht intelligent im Vergleich mit den Kindern nicht berufstätiger Mütter.

Tabelle

	intelligent	nicht intelligent	
berufstätig	14(11)	2(5)	16
nicht berufstätig	10(13)	9(6)	19
	24	11	35

$$\chi^2 = 4,27 \text{ (df = 1, p = 5\%).}$$

- 4.) Kinder berufstätiger Mütter sehen ihre Mütter mächtiger als Kinder nicht berufstätiger Mütter. Dabei liegt bei den Kindern nicht berufstätiger Mütter der Mittelwert fast genau bei 3,5, also eine ganz durchschnittliche und vielleicht realistischere Schätzung als bei den Kindern berufstätiger Mütter.

Tabelle

	Mutter berufstätig	Mutter nicht berufstätig
M	5,0	3,6
σ^2	1,3	1,6
N	16	19

$$t = 3,314 \text{ (df = 33, p = 1\%, zweiseitig).}$$

- 5.) Die Kategorien stabil - nicht stabil, warm - kühl, männlich - weiblich, körperlich robust - nicht robust, weiches Fell - nicht weiches Fell erbrachten keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

- b) Der Vater im Erleben der Kinder, deren Mütter berufstätig sind im Vergleich zum Erleben der Kinder, deren Mütter nicht berufstätig sind:

- 1.) Die Kinder berufstätiger Mütter sehen ihre Väter häufiger negativ im Vergleich zu den Kindern nicht berufstätiger Mütter (deutliche Tendenz).

Tabelle

	Vater positiv	Vater negativ	
Mutter berufstätig	6(8,64)	9(6,36)	15
Mutter nicht berufstätig	13(10,36)	5(7,64)	18
	19	14	33

$$\chi^2 = 3,4875 \text{ (df = 1, p = 10\%).}$$

- 2.) Die Kinder berufstätiger Mütter sehen ihre Väter häufiger intelligent im Vergleich zu den Kindern nicht berufstätiger Mütter.

Tabelle

	Vater intelligent	Vater nicht intelligent	
Mutter berufstätig	9(5,45)	6(9,55)	15
Mutter nicht berufstätig	3(6,55)	15(11,45)	18
	12	21	33

$$\chi^2 = 6,656 \text{ (df = 1, p = 1\%).}$$

- 3.) Die übrigen Kategorien erbrachten keine signifikanten Unterschiede. Es muß angemerkt werden, daß die Kinder nicht berufstätiger Mütter mit ihren Schätzungen meist nahe dem Mittelwert lagen, also bei 3,5, die Kinder berufstätiger Mütter stärker vom Mittelwert abweichen.

- c) Das Selbstbild des Kindes berufstätiger Mütter im Vergleich mit dem des Kindes nicht berufstätiger Mütter:

Hier ergaben sich nur in bezug auf die Kategorie männlich - weiblich Unterschiede, also in bezug auf die eigene Geschlechtsrolle:

Tabelle I

	Kind sieht sich als männlich	Kind sieht sich als weiblich	
Mutter berufstätig	10(7,37)	7(9,63)	17
Mutter nicht berufstätig	3(5,63)	10(7,37)	13
	13	17	30

$\chi^2 = 3,8248$ (df = 1, p = 5%), d.h. die Kinder berufstätiger Mütter erleben sich häufiger als männlich im Vergleich mit den Kindern nicht berufstätiger Mütter.

Dieses Ergebnis ist nicht durch ein unterschiedliches Verhältnis von Jungen und Mädchen in beiden Gruppen (Mutter berufstätig - Mutter nicht berufstätig) zustande gekommen:

Tabelle II

	Jungen	Mädchen	
Mutter berufstätig	13(12)	7(8)	20
Mutter nicht berufstätig	11(12)	9(8)	20
	24	16	40

Kein signifikantes χ^2 .

Interpretation:

Fassen wir einmal die Ergebnisse dieser Untersuchung über die Erlebnisweisen eines Kindes berufstätiger Mütter kurz zusammen und erörtern wir sie dann im Zusammenhang mit dem, was wir bisher über partielle Verluste herausgefunden haben. Wir fanden, daß die Kinder berufstätiger Mütter ihre Mütter häufiger als negativ, aggressiv, intelligent und sie als mächtiger erleben als die Kinder nicht berufstätiger Mütter. Auch die Väter werden häufiger intelligent und die eigene Geschlechtsrolle des Kindes häufiger als männlich erlebt. Aus all dem spricht einmal eine deutlich angstgetönte Beziehung zur Mutter, zum anderen eine Idealisierung beider Eltern im rationalen Bereich und zum dritten eine Verschiebung der Geschlechtsrolle des Kindes in Richtung auf die 'männliche Geschlechtsrolle'.

Die angstgetönte Beziehung zur Mutter ist verständlich, wenn wir dazu überlegen, daß das Kind ja eigentlich im Grunde sehr enttäuscht und sehr ärgerlich auf seine Mutter sein muß, die ihm tagtäglich eine Trennung und tagtäglich eine nicht immer leicht zu bewerkstelligende Umstellung zumutet. Dieser Ärger scheint aber in die Umwelt projiziert zu werden, so daß die Mutter dann als aggressiv erscheint. Es könnte sich dabei aber auch um die besonders bei Heimkindern häufigen Bestrafungswünsche, d.h. um den Wunsch, Zuwendung auf dem Weg über eine Bestrafung zu erhalten, handeln. Die Einstellung gegenüber der Mutter scheint sich auch auf den Vater zu übertragen, so daß auch dieser häufiger negativ gesehen wird.

Die mangelnde Realistik in der Einstellung zu den Eltern dürfte vermutlich damit zusammenhängen, daß das Erkunden und Erlernen der Umwelt und insbesondere der Eltern durch den tagtäglichen Wechsel der Bezugspersonen behindert ist. An die Stelle solcher Erfahrungen treten Projektionen und Riesenerwartungen bezüglich der Macht und intellektuellen Leistungsfähigkeit der Eltern. Daß trotz der mangelnden Realitätsbeziehung offensichtlich immer noch genau erkannt wird, daß es sich hierbei um eigene Wünsche und Projektionen handelt, zeigt, daß die Mütter eben insgesamt doch häufiger bei den Kindern berufstätiger Mütter als negativ erlebt werden als bei den Kindern nicht berufstätiger Mütter.

Die etwas paradox anmutende Tatsache, daß Personen mit intensivsten Realitätsstörungen dennoch ein ganz deutliches Gespür in sich tragen, wie realistisch oder unrealistisch ihre Vorstellungen sind, konnte Fromm-Reichmann (1) beobachten, als sie eine Zeitlang als Therapie bei Schizophrenen das Mitspielen im Rahmen der Wahnvorstellungen ihrer Patienten praktizierte, dabei aber nichts als intensive Angst und Panikzustände bei ihren Patienten erreichte. Die bisher genannten Ergebnisse zeigten sich auch sehr klar in der Untersuchung über Übertragungsphänomene bei verwahrlosten männlichen Jugendlichen, in der Hiese (2) feststellte, daß Verwahrloste von ihren Erziehern bevorzugt universales Wissen fordern, daß sie hoffen, vom Erzieher privat eingeladen zu werden, daß sie die Tendenz besitzen, eigene Wünsche, Hoffnungen und Einstellungen auf ihre Erzieher zu projizieren.

- (1) Frieda Fromm-Reichmann: Principles of Intensive Psychotherapy, Chicago 1950.
- (2) M. Hiese: Übertragungsphänomene bei verwahrlosten männlichen Jugendlichen, Inauguraldissertation, Universität Erlangen-Nürnberg, 1965.

Außerdem ergab sich, daß Internatsschüler deutlich bei einer Beschreibung ihrer Erzieher differenzieren, während zwischen den Schilderungen der Erzieher durch die Verwahrlosten hohe Korrelationen bestehen, d.h., daß sie kaum in der Lage sind, die individuellen Eigenarten der Erzieher zu erfassen, sondern sie nur durch die Brille ihrer Projektionen sehen. Hiese erklärt dies mit mangelnder Realitätsbezogenheit und Störungen in der Ichentwicklung. Die Frage ist nun, wie unser drittes Resultat bezüglich der Verschiebung hin zur männlichen Geschlechtsrolle bei den Kindern berufstätiger Mütter zu erklären ist. Möglicherweise führt der verringerte Kontakt zur Mutter zu einer mangelnden Identifikation mit dieser und anstelle dessen zu einer verstärkten Identifikation mit dem Vater und dessen Verhaltensweisen. Dies wäre für einen Jungen kein besonders gravierender Mangel, beim Mädchen würde es jedoch zu einer Fehlidentifikation und somit wohl zu leicht hysterischen Zügen führen. Diese dürften wahrscheinlich umso deutlicher hervortreten, je schwerer der partielle Verlust ist, den ein Mädchen erleidet, d.h. also, je mehr Stunden am Tag die Mutter abwesend ist, je weniger Familienmitglieder vorhanden sind usw.. Mütter, die also selbst starke partielle Verluste erlitten haben durch Berufstätigkeit ihrer Mütter, müßten eigentlich neben Verwahrlosungserscheinungen auch hysterische Züge aufweisen. Nun können wir uns vorstellen, daß sie dann Schwierigkeiten in einer ehelichen Beziehung haben werden, daß sie ihren Kindern allgemein ein schwankendes und labiles Milieu schaffen werden, sie zugleich wahrscheinlich mal an sich drücken, mal abschieben, insgesamt einer festen Bindung in bezug auf ihre Kinder ausweichen,

also auf Grund der den hysterischen Personen eigenen Tendenz zum Wechsel (Riemann) (1) für laufende Schwankungen des Familienmilieus sorgen werden. Dies würde aber beim Kind eine Verwahrlosung begünstigen. Da wir nun feststellten, daß die Schwere der partiellen Verluste bei der Mutter und die Schwere der partiellen Verluste beim Vater korrelieren, können wir vielleicht jetzt den Versuch machen zu erklären, warum bei unserer Untersuchung die Berufstätigkeit der Mütter nicht zu Verwahrlosungserscheinungen bei den Kindern geführt hat, wohl aber die Schwere der partiellen Verluste von Mutter und Vater, also die Verluste durch Berufstätigkeit der Großmütter. Nehmen wir an, eine Mutter hat einen mittelschweren partiellen Verlust erlitten; sie zeigt auf Grund dessen Verwahrlosungserscheinungen und eine hysterische Komponente, sie heiratet einen Mann, der ebenfalls einen mittelschweren partiellen Verlust mit den entsprechenden Verwahrlosungserscheinungen erlitten hat. Das Kind beider erlebt nun praktisch ein Vielfaches an Schwankungen von dem, was einer der beiden Elternteile erlebt hat, es erlebt, daß die Mutter sich ihm gegenüber relativ bindungslos auf Grund ihrer Verwahrlosungsstruktur verhält, des gleichen der Vater, es erlebt, daß zwischen beiden Eltern nicht viel Bindungen zustande kommen, es erlebt auf Grund der hysterischen Komponente der Mutter ständige Schwankungen in der Familienatmosphäre, es erlebt vielleicht zusätzlich noch einen mittelschweren partiellen Verlust durch die Berufstätigkeit der Mutter, denn wir hatten ja festgestellt, daß auch die Schwere der partiellen Verluste,

(1) F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961.

die eine Mutter selbst erlebt hat, sich auswirken kann auf die Schwere von partiellen Verlusten (durch Berufstätigkeit), die sie ihren Kindern verursacht. Somit müßten wir also sagen, daß wahrscheinlich partielle Verluste sich in ihrer Wirkung möglicherweise über verschiedene Generationen hinweg eher kumulieren als abschwächen, was der Grund dafür sein könnte, daß wir bei der Berufstätigkeit von Müttern keine Verwahrlosungserscheinungen bei den Kindern nachweisen konnten, sehr wohl aber bei der Berufstätigkeit von Großmüttern. Voraussetzung für die Einstufung zur Kategorie der Verwahrlosten in unserer Untersuchung war ja, daß schwere Verwahrlosungserscheinungen vorlagen. Vielleicht haben wir aus diesem Grunde keine Auswirkung der Berufstätigkeit der Mütter gefunden, weil diese nur zu leichten und mittelschweren Graden von Verwahrlosung führt und sich stärker durch kumulierende Wirkung erst in der übernächsten Generation auswirkt.

c) Temporäre Verluste:

Unter temporären Verlusten wollen wir Verluste verstehen, die nicht endgültig, sondern nur von einer längeren Zeitdauer sind. Bei unserer Fragestellung hatten wir zunächst alle temporären Verluste berücksichtigt, weil wir von der Erwartung ausgingen, daß es vielleicht Gruppen geben könnte, z.B. die Verwahrlosten, die durch sehr häufige kleinere temporäre Verluste gekennzeichnet sein könnten, d.h. also, bei den Fragestellungen: Frequenz der Personen mit temporären Verlusten, Anzahl der Trennungen und Abwesenheiten, Dauer von Trennungen und Abwesenheiten, haben wir alle temporären Verluste

berücksichtigt, bei den Fragestellungen: Alter zum Zeitpunkt von Trennung und Abwesenheit oder Zeitdauer seit der Trennung und der Abwesenheit haben wir nur dann eine Trennung bzw. Abwesenheit berücksichtigt, wenn im Alter von 0 - 1 die Trennung bzw. Abwesenheit drei Monate oder mehr, im Alter von 1 - 2 ein halbes Jahr oder mehr, im Alter von 3 - 6 neun Monate oder mehr, im Alter von 7 - 10 zwei Jahre oder mehr dauerte. Daß wir Trennungen und Abwesenheiten meistens gesondert untersuchten, beruht darauf, daß es sich möglicherweise beide Male um unterschiedlich schwere Verluste handelt, denn Trennung bedeutet ja immer gleich den Verlust der gesamten Familie für einige Zeit, Abwesenheit nur den Verlust einer Person aus dem Familienverband.

1.) Frequenz der Personen mit erlebten und angegebenen Trennungen und Abwesenheiten:

Hier sind nur die von der jeweiligen Person erlebten Trennungen oder Abwesenheiten berücksichtigt, da wir nicht erwarten konnten, daß z.B. die Abwesenheit der Mutter beim Vater der betreffenden Person im Alter von sieben Jahren für einen Monat eine so deutliche Wirkung hinterlassen würde, daß sich das in der neurotischen Struktur des Kindes niederschlagen würde.

Tabelle I

* = Trennungen oder Abwesenheiten bei der betreffenden Person,
+ = keine Trennungen und Abwesenheiten.

	1a	1b	2a	2b	3	4	
*	13(10,03)	9(13,5)	11(11,18)	10(9,26)	8(7,33)	3(2,7)	54
+	13(15,97)	26(21,5)	18(17,82)	14(14,74)	11(11,67)	4(4,3)	86
	26	35	29	24	19	7	140

Über alle Gruppen gerechnet ergab sich kein signifikantes χ^2 . Nur der Tendenz nach weisen Verwahrloste häufige temporäre Verluste auf als schizoide Personen:

Tabelle II

	1a	1b	
temporärer Verlust	13(9,4)	9(12,6)	22
kein temporärer Verlust	13(16,6)	26(22,4)	39
	26	35	61

$$\chi^2 = 3,766 \text{ (df = 1, p = fast 5\%).}$$

Wir wollen die bei den temporären Verlusten anfallenden Ergebnisse zusammen interpretieren, da sich hier nicht besonders viele signifikante Resultate gezeigt haben.

2.) Anzahl der Trennungen und Abwesenheiten beim Kind:

Anzahl der Trennungen:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	1,16	1,29	1,33	1,00	1,6	1,00
σ^2	0,16	0,19	0,23	0,00	0,64	0,00
N	6	7	8	6	8	3

Verschiedene Varianzen:

(Statt 0 rechneten wir mit 0,0001, um ein zahlenmäßiges Resultat zu erhalten).

1a und 2b: $F = 1600$; F krit.

$$(\text{df}_1 = 5, \text{df}_2 = 5, p = 1\%) = 10,97$$

1b und 2b: $F = 1900$; F krit.

$$(\text{df}_1 = 6, \text{df}_2 = 5, p = 1\%) = 10,67$$

2a und 2b: $F = 2300$; F krit.

$$(\text{df}_1 = 7, \text{df}_2 = 5, p = 1\%) = 10,45$$

1b und 4: $F = 1900$; F krit.

$$(\text{df}_1 = 6, \text{df}_2 = 2, p = 1\%) = 99,3$$

2a und 4: $F = 2300$; F krit.

$$(df_1 = 7, df_2 = 2, p = 1\%) = 99,34$$

1a und 4: $F = 1600$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 2, p = 1\%) = 99,3$$

3 und 2b: $F = 6400$; F krit.

$$(df_1 = 7, df_2 = 5, p = 1\%) = 10,45$$

3 und 4: $F = 6400$; F krit.

$$(df_1 = 7, df_2 = 2, p = 1\%) = 99,34$$

keine signifikant verschiedenen Mittelwerte.

Anzahl der Abwesenheiten:

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	2,1	1,4	2,29	1,6	1,33	-
σ^2	4,79	0,24	2,18	0,24	0,23	-
N	9	5	7	5	3	0

Verschiedene Varianzen:

1a und 1b: $F = 19,96$; F krit.

$$(df_1 = 8, df_2 = 4, p = 1\%) = 14,8$$

1a und 3: $F = 20,83$; F krit.

$$(df_1 = 8, df_2 = 2, p = 5\%) = 19,37$$

2a und 1b: $F = 9,085$; F krit.

$$(df_1 = 6, df_2 = 4, p = 5\%) = 6,16$$

1a und 2b: $F = 19,96$; F krit.

$$(df_1 = 8, df_2 = 4, p = 1\%) = 14,8$$

2a und 2b: $F = 9,085$; F krit.

$$(df_1 = 6, df_2 = 4, p = 5\%) = 6,16$$

keine signifikant verschiedenen Mittelwerte.

3.) Dauer von Trennungen und Abwesenheiten beim Kind:

Dauer der Trennungen:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	0,26	0,23	0,62	0,16	0,73	0,31
σ^2	0,093	0,038	1,136	0,059	0,997	0,07
N	5	7	6	5	6	3

Verschiedene Varianzen:

2a und 1a: $F = 12,22$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 4, p = 5\%) = 6,26$$

3 und 1a: $F = 10,72$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 4, p = 5\%) = 6,26$$

2a und 1b: $F = 29,9$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 6, p = 1\%) = 8,75$$

2a und 2b: $F = 19,25$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 4, p = 1\%) = 15,52$$

3 und 1b: $F = 26,23$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 6, p = 1\%) = 8,75$$

3 und 2b: $F = 16,9$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 4, p = 1\%) = 15,52$$

keine signifikant verschiedenen Mittelwerte.

Dauer der Abwesenheiten:

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	0,2	0,48	0,72	0,59	0,24	-
σ^2	0,055	0,37	0,37	0,48	0,087	-
N	8	5	7	5	3	0

Verschiedene Varianzen:

1a und 1b: $F = 6,7$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 7, p = 5\%) = 4,12$$

1a und 2a: $F = 6,7$; F krit.

$$(df_1 = 6, df_2 = 7, p = 5\%) = 3,87$$

1a und 2b: $F = 8,73$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 7, p = 1\%) = 7,85$$

keine signifikant verschiedenen Mittelwerte.

4.) Dauer von Trennung und Abwesenheit bei den Eltern:

Dauer der Trennungen:

Tabelle I

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	-	0,37	2,55	0,351	1,38	-
σ^2	-	0,118	7,01	0,147	1,386	-
N	0	7	5	4	5	0

Verschiedene Varianzen:

1b und 2a: $F = 59,4$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 6, p = 1\%) = 9,15$$

1b und 3: $F = 11,75$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 4, p = 5\%) = 6,39$$

2a und 2b: $F = 47,69$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 3, p = 1\%) = 28,71$$

3 und 2b: $F = 9,429$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 3, p = 5\%) = 9,12$$

keine signifikant verschiedenen Mittelwerte.

Dauer der Abwesenheiten:

Tabelle II

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	2,7	5,2	4,2	7	5,2	5
σ^2	4,04	15,8	10,31	11,5	14	-
N	7	12	10	4	9	1

keine signifikant verschiedenen Varianzen.

Verschiedene Mittelwerte:

2b und 1a ($t = 2,389$, $df = 9$, $p = 5\%$, zweiseitig), d.h. die Eltern organaneurotischer Personen haben länger dauernde Abwesenheiten von Personen aus dem Familienverband miterlebt als die Eltern verwahrloster Personen.

5.) Alter zum Zeitpunkt von Trennung und Abwesenheit bei den Eltern:

Hier haben wir Trennungen und Abwesenheiten zusammengefaßt, da wir sonst zu wenig Fälle gehabt hätten.

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	3,58	2,5	3,55	2,37	1,83	1
σ^2	4,84	4,57	4,73	5,88	2,48	0
N	6	11	9	4	6	1

keine signifikant verschiedenen Varianzen und Mittelwerte.

6.) Zeitdauer seit der Abwesenheit oder Trennung bei den Eltern:

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	32,8	32,55	29,5	29,9	34	19,5
$\bar{c}^2$	60	95	3	0,01	26	20
N	5	10	6	4	5	2

Verschiedene Varianzen:

1a und 2a: $F = 20$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 5, p = 1\%) = 11,39$$

1a und 2b: $F = 6000$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 3, p = 1\%) = 28,71$$

1b und 2a: $F = 31,66$; F krit.

$$(df_1 = 9, df_2 = 5, p = 1\%) = 10,15$$

1b und 2b: $F = 9500$; F krit.

$$(df_1 = 9, df_2 = 3, p = 1\%) = 27,34$$

2a und 2b: $F = 300$; F krit.

$$(df_1 = 5, df_2 = 3, p = 1\%) = 28,24$$

2a und 3: $F = 8,66$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 5, p = 5\%) = 5,19$$

2a und 4: $F = 6,66$; F krit.

$$(df_1 = 1, df_2 = 5, p = 5\%) = 6,61$$

2b und 4: $F = 2000$; F krit.

$$(df_1 = 1, df_2 = 3, p = 1\%) = 34,12$$

3 und 2b: $F = 2600$; F krit.

$$(df_1 = 4, df_2 = 3, p = 1\%) = 28,71$$

keine signifikant verschiedenen Mittelwerte.

Interpretation:

Insgesamt können wir sagen, daß tendenziell depressive Personen besonders schwere bzw. lang dauernde Trennungen erlebt haben, auch daß die Dauer der Trennungen bei ihren Eltern groß ist. Da wir vorerst, so lange hierüber noch nicht eine genügende Anzahl von Untersuchungen vorliegt, davon ausgehen müssen, daß Trennungen als Verlust aller Personen in der Familie schwerer sind als Abwesenheiten einer Person, können wir sagen, depressive Personen weisen tendenziell die schwersten temporären Verluste auf. Daß die Eltern von Organneurotikern länger dauernde Abwesenheiten, aber geringer dauernde Trennungen erlebt haben, könnten wir so sehen, daß bei Abwesenheit einer Person aus dem Familienverband die Mutter vielleicht unwillkürlich dazu neigt, die übrigen Personen besonders fest an sich zu ketten, ihren Handlungsspielraum einzuengen, was dann möglicherweise zu bestimmten organneurotischen Symptomen führen könnte. Wenn diese Kinder dann später selbst Kinder haben, könnten sie mit diesen ähnlich verfahren, womit unser Ergebnis erklärt wäre. Daß Trennungen, die die Eltern erlebt haben, bei den Organneurotikern relativ gering dauernd sind, könnten wir so erklären, daß Trennungen vielleicht eher ein Indiz gegen eine organneurotische Entwicklung sind, da das Kind ja dabei der kontrollierenden und einengenden Nähe der Mutter entzogen wird. Die Parentektomie, d.h. die Trennung von Kind und Eltern während der Behandlung, führt ja oft zu einer schlagartigen Besserung im Befinden psychosomatisch erkrankter Kinder, weil durch die Trennung die neurotische Verkettung zwischen Mutter und Kind unterbrochen wird. (Biermann) (1)..

- (1) G. Biermann: Psychotherapeutische Probleme bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, in: G. Biermann: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Band II, München 1969.

Daß wir die zweitgrößte Anzahl von Abwesenheiten (nicht von Trennungen, die ja wie gesagt vermutlich einen schwereren temporären Verlust darstellen) und die geringste Dauer der Abwesenheiten bei den Kindern in der Gruppe der Verwahrlosten fanden, außerdem die geringste Dauer der Abwesenheiten bei den Eltern ebenfalls in der Gruppe der Verwahrlosten, hatten wir eigentlich erwartet. Dennoch fällt auf, daß bei all diesen Fragestellungen bezüglich der temporären Verluste nur so wenig signifikante Ergebnisse erzielt werden konnten. Vielleicht ist dies daraus verständlich, daß sich in unserem Fragebogen diese Fragen an die Fragen nach Geschwisterkonstellation und endgültigen Verlusten anschlossen und sie von den ausfüllenden Personen nicht allzu bedeutungsvoll erlebt wurden, denn hier hatten wir sehr häufig ein Fehlen von Angaben, ungenaue Angaben, Durchstreichen ganzer Seiten auf einmal usw. zu verzeichnen, während bei den übrigen Angaben relativ sorgfältig gearbeitet worden zu sein scheint. Es wäre natürlich auch denkbar, daß die Frage nach Trennungen und Abwesenheiten am stärksten Abwehrvorgänge und unbewußte Schuldgefühle bei den Eltern hervorrief und deshalb so ungenau ausgefüllt wurde. Der Verfasser neigt allerdings mehr der ersteren Auffassung zu.

I) Zusammenfassende Interpretation.

- 1.) Fassen wir unsere Ergebnisse zusammen, so können wir sagen, die Familienkonstellation hat sich als deutlich wirksame Variable bei der Entstehung bestimmter Neuroseformen bestätigt. Eine große Wirksamkeit scheinen dabei insbesondere Verluste, deren Stärke (Berechnung nach einer Formel), sowie der Zeitpunkt des Eintritts des Verlusts zu haben. Wirksam für die Entstehung bestimmter Neuroseformen sind nicht nur endgültige, sondern auch partielle Verluste, nicht nur Verluste der jeweiligen Person, sondern auch Verluste, die die Eltern der jeweiligen Person erlitten haben. Die einzelnen, von uns ausgewerteten Merkmale der Familienkonstellation sind demnach zum überwiegenden Teil von differentialdiagnostischer Relevanz. Ein im Zusammenhang mit den Verlusten diskutiertes Phänomen ist, daß die Verluste der Eltern manchmal eine stärkere Auswirkung zeigten als die der Kinder (zumindest zutreffend für partielle Verluste). Die Familienkonstellation einer Person, ihrer Eltern, evtl. auch ihrer Großeltern, ist nach Meinung des Autors als Gefüge von Merkmalen aufzufassen, das bestimmte neurotische Haltungen (im Sinne Schultz-Henckes) bewirkt. Diese auf dem Weg über die Familienkonstellation geprägten Haltungen wiederum sind es, die u.a. in ihrer Gesamtheit die neurotische Struktur oder, noch allgemeiner, die psychische Struktur einer Person ausmachen. Dabei wäre die neurotische Struktur etwa im Sinne der Lerntheoretiker zu definieren als die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer großen Vielzahl ganz bestimmter, eben neurotischer, Verhaltensweisen (definiert in Anlehnung an Estes) (1). Die Bedeutung der Haltungen der Eltern wäre einmal darin zu sehen, daß die

(1) K.W. Estes: Toward a statistical theory of learning. Psychol. Rev. 1950, 57.

durch die Familienkonstellation geprägten Haltungen der Eltern sich in den Beziehungen der Eltern zueinander, sowie in den Beziehungen zwischen Eltern und Kindern auswirken und somit ganz bestimmte tagtägliche Erlebnisse der Kinder mit beeinflussen. Nicht übersehen werden sollte auch, daß die Haltungen der Eltern (objektivierbar in unserem Versuch durch ihre Korrelation mit den Familienkonstellationsdaten) ganz bestimmte Daten der Familienkonstellation bei ihren Kindern schaffen, die wiederum bei diesen zu ganz bestimmten Haltungen führen. Daß die Eltern bestimmte Daten der Familienkonstellation bei ihren Kindern auf direktem Wege herbeiführen, konnten wir an einigen Beispielen aufzeigen. So konnten wir z.B. zeigen, daß das Alter, in dem die von uns untersuchten Personen das Wiederberufstätigwerden ihrer Mutter erlebten, mit dem Alter korreliert, in dem die Mutter war, als ihre Mutter wieder berufstätig wurde, d.h. die Haltung der Mutter, die sie durch ihren partiellen Verlust erworben hat, führt dazu, daß sie ihrem Kind in ähnlicher Weise einen partiellen Verlust zufügt. Ferner zeigte sich, daß das Alter, in dem die von uns untersuchten Personen ihren frühesten temporären Verlust durch Trennung von den Eltern oder Abwesenheit eines Elternteils (definiert nach den Kriterien wie oben) erlitten, mit dem Alter korreliert, in dem die Eltern selbst (egal ob Vater oder Mutter) den frühesten endgültigen Verlust erlitten ($\rho = 0,694$, $t = 3,048$, $df = 10$, $p = 2\%$). Das bedeutet, daß die Eltern durch von ihnen erlebte endgültige Verluste die Tendenz bzw. die Haltung erwerben, ihren Kindern in ganz ähnlicher Weise bzw. zu einem ähnlichen Lebensalter Verlusterlebnisse zuzufügen. Auf welche Weise diese

Korrelation zustande kommt, darüber kann man vorerst wohl nur Vermutungen anstellen, zumal wir bei unserer Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte darüber haben, was im einzelnen die Gründe für die temporären Verluste der Kinder gewesen sind. Nach allem bisher Gesagten wären die Familienkonstellationsdaten als System (vielleicht im Sinne der Gestalttheoretiker) zu sehen, das die Grundlage für bestimmte neurotische Erlebenszusammenhänge bildet. Sie hätten gegenüber Haltungen und Einstellungen allerdings den Vorteil, daß sie objektiver nachweisbar und leichter verifizierbar sein dürften.

- 2.) Es ließ sich eine spezifische Wirkung der Verluste nachweisen. Unterschiedlich starke Gesamtverluste (wobei sowohl Verluste der Eltern wie auch Verluste der Kinder berücksichtigt sind und die Stärke eines Verlusts nach ganz bestimmten Kriterien definiert ist) haben unterschiedliche Neurosestrukturen zur Folge. Ähnliches gilt für die Verluste der Eltern und den Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter. Bei den Kindern hatten wir leider zu wenig Fälle, um hier sinnvolle Vergleiche zwischen den einzelnen Neurosegruppen anstellen zu können. Auch über eine Neurosekatégorie, nämlich die der hysterischen Struktur, können wir leider nichts aussagen, da diese Kategorie zu gering besetzt war. Ausgegangen sind wir bei der Untersuchung der Verluste von der Vorstellung, daß nicht das Trauma als solches in erster Linie die neurotisierende Wirkung auf ein Individuum hat, sondern die dadurch unmöglich gewordenen Motivbefriedigungen, die mit der verlorenen Person in Zusammenhang standen, so daß der Verlust eine Unsumme ständiger frustrierender Situationen nach sich zieht.

Unsere Ergebnisse widersprechen prinzipiell nicht dem System der Psychopathologie, nach dem die schwersten Formen einer Störung die sog. schizoide Charakterstruktur und die Verwahrlosung darstellen (erfaßt bei unserer Untersuchung durch die entsprechenden Symptombildungen), eine weniger schwere Form die Depression, eine noch weniger schwere Form die sog. Zwangsneurose; über die Hysterie können wir, wie gesagt, nichts aussagen. Unsere Untersuchung legt den Schluß nahe, daß ein fließender Übergang von den schweren Neuroseformen zu den leichteren existiert, daß eine enge Beziehung zwischen unterschiedlich frühen Stadien der kindlichen Entwicklung und diesen unterschiedlich schweren Neuroseformen existiert, und lediglich die Stärke der von einer Person erlebten Frustrationen die Stärke der Regression und somit die Art der neurotischen Struktur bedingt. Die Stärke der Frustrationen versuchten wir zu erfassen mit Hilfe der Schwere der von einer Person und ihren Eltern erlebten Verluste, sowie mit Hilfe des Zeitpunkts, zu dem die Verluste eingetreten sind. Folgende unserer Ergebnisse scheinen das System der Psychopathologie zu bestätigen: Schizoide Personen und ihre Eltern haben mehr Verluste erlitten als zwangsneurotische Personen und ihre Eltern, auch Organneurotiker und deren Eltern haben mehr Verluste erlitten als zwangsneurotische Personen und ihre Eltern. Der Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei den Müttern der von uns untersuchten Personen lag bei den Zwangsneurotikern später als bei den Organneurotikern, bei den Zwangsneurotikern später als bei den schizoiden Personen und den verwahrlosten Personen, ebenso bei den Zwangsneurotikern später als bei den depressiven Personen. Die Zeit, die seit den Verlusten

der Eltern verstrichen ist, ist bei den schizoiden Personen geringer als bei den zwangsneurotischen Personen. Die Gesamtverluste der zwangsneurotischen Personen sind geringer als die der verwahrlosten, der schizoiden, der depressiven und der organneurotischen Personen, die Gesamtverluste der schizoiden Personen sind stärker als die der depressiven Personen. Die Verluste, die die Eltern von schizoiden Personen erlitten haben, sind stärker als die Verluste, die die Eltern von depressiven oder von zwangsneurotischen Personen erlitten haben; mit anderen Worten, unsere Ergebnisse lagen alle in der Richtung der aus dem System der Psychopathologie abgeleiteten Hypothesen, keines unserer Ergebnisse widersprach dem System der Psychopathologie, so daß man es wohl weiterhin als brauchbare Arbeitshypothese ansehen kann. Aus dem System der Psychopathologie würde auch folgen, was wir aber nicht nachzuweisen versucht haben, daß bei einer Besserung im Laufe einer Therapie der Patient verschiedene Stadien und verschiedene Neuroseformen von den schwereren zu den leichteren durchlaufen müßte. Ähnliches wird tatsächlich von den Praktikern berichtet. Die einzelnen Neuroseformen sind somit quantitativ unterschieden durch die Stärke der Regression, qualitativ höchstens durch die Art des jeweils verdrängten Motivs.

Bezüglich der Organneurosen legt unsere Untersuchung nahe, daß es im Hinblick auf weitere experimentelle Studien, generell gesehen, besser ist, bei dem Gesamtkomplex der Organneurosen eher von einer depressiven Grundstruktur auszugehen als von einer anderen.

Für einzelne bei uns nicht untersuchte Symptome (wie etwa Schielen, das Schultz-Hencke als intentional betrachtet) mag dies anders liegen. Doch für die von uns untersuchten Fälle, und es handelt sich um eine ziemlich bunte Mischung, ist die Annahme einer depressiven Grundstruktur die plausibelste, denn wir erhielten eine Reihe signifikanter Unterschiede zwischen der Gruppe der organoneurotischen Personen und der Gruppe der schizoiden, der verwahrlosten sowie der zwangsneurotischen Personen, jedoch keinen einzigen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der depressiven und der organoneurotischen Personen.

- 3.) Symptomgruppen, die einer bestimmten Neuroseform zugeordnet werden, unterscheiden sich deutlich von Symptomgruppen, die anderen Neuroseformen zugeordnet werden können, nach ihrer allgemeinen Familienkonstellation, also Geschwisterposition, Größe der Familie, Geschlechterverteilung usw.. Dies bestätigt die Richtigkeit der Ableitung verschiedener Symptome von ein und derselben Neurosestruktur. Über die allgemeine Neurosestruktur hinaus sollte man jedoch im Auge behalten, und dies auch experimentell überprüfen, ob sich nicht der Zusammenhang, den wir hier für die Entstehung einzelner Neuroseformen postuliert und nahegelegt haben, auch für ein einzelnes Symptom nachweisen ließe. Es wäre ja durchaus möglich, sich vorzustellen, daß für eine bestimmte Neurosestruktur ein bestimmtes Merkmalsgefüge der Familienkonstellationsdaten erforderlich ist, daß aber im Rahmen eines solchen allgemeinen Merkmalsgefüges die Wahl des jeweiligen Symptoms bestimmt wird durch die genauere Stellung der verschiedenen Familienkonstellationsdaten innerhalb

dieses groben Gefüges, d.h. also, es wäre z.B. denkbar, daß die Verwahrlosung charakterisiert werden könnte durch relativ große Familien, schwere Gesamtverluste, schwere partielle Verluste der Eltern usw., daß aber das Symptom, d.h. also, ob die betreffende Person dann zum Weglaufen oder zum Stehlen oder etwa zum Lügen neigt, durch die genauere Ausprägung dieser einzelnen Familienkonstellationsdaten oder durch zusätzliche andere Familienkonstellationsdaten bestimmt wird. So wäre es z.B. denkbar, daß schwere Personenverluste häufig sowohl zu Lügen als auch zu Stehlen führen, aber Stehlen meist doch mit schwereren Personenverlusten verbunden ist als das Lügen usw.. Daß Familienkonstellationsdaten auch für die Art der entstehenden Symptome verantwortlich gemacht werden müssen, zeigten Hau und Rueppell (1) für den Bereich der Organneurosen. Sie stellten fest, daß die Position des Ältesten häufiger zu finden ist bei Erkrankungen im Cardiovascularsystem und seltener bei Erkrankungen im Gastrointestinalsystem.

- 4.) Ein noch näher zu betrachtendes Phänomen ist, daß die Häufigkeit der Personen, die Verluste oder deren Eltern Verluste erlebt haben, unter depressiven Personen besonders groß war. Wir können uns dies so erklären, daß die Wahrscheinlichkeit, eine der Depression zugehörnde Verluststärke bei einem Verlust zu haben, größer ist als die Wahrscheinlichkeit der Zwangsneurose und der schizoiden Charakterstruktur zugehörnde Verluststärken zu erleiden, wenn wir hier einmal von Organneurosen absehen, d.h., daß die Verluststärken der Zwangsneurotiker und der schizoiden Personen relativ extreme Werte sein müssen, während die Verluststärken der depressiven Personen bei einer Entzerrung der deutlich abnormalen

(1) T.F. Hau und A. Rueppell: Zur Familienkonstellation bei psychosomatisch Erkrankten, Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1966, 16.

Verteilung so etwas wie die Mitte in einer Normalverteilung bilden müßten, damit also zugleich den wahrscheinlichsten Wert. Daß die depressiven Personen bezüglich der Verluststärken ungefähr in der Mitte liegen zwischen Zwangsneurotikern und schizoiden Personen, entspricht aber wiederum den Hypothesen, die sich aus dem System der Psychopathologie ableiten lassen. Wir hätten also auch von der Frequenz der Personen mit Verlusten her das psychopathologische System bestätigt erhalten.

- 5.) Als ein Phänomen besonderer Art verdienen die Verwahrlosungserscheinungen Beachtung. Sie ordnen sich nur zum Teil sinnvoll in unser System ein. Tatsächlich konnten Verwahrlosungserscheinungen bei besonders schweren Verlusten beobachtet werden. Eine besondere Bedingung für die Ausbildung einer Verwahrlosung scheint daneben aber auch ein Milieu ohne endgültige Verluste, sondern nur mit ständigem und früh beginnendem Wechsel der Bezugspersonen zu sein. Wir fanden dementsprechend bei verwahrlosten Personen häufiger Abwesenheit des Vaters abends und am Wochenende, ebenso häufiger kleinere temporäre Verluste (nur tendenziell bestätigt), sowie besonders schwere partielle Verluste der Eltern verwahrloster Personen. Um zu erklären, daß Berufstätigkeit der Mutter bei unseren untersuchten Personen nicht deutlich zu Verwahrlosungserscheinungen führte, schwere partielle Verluste durch Berufstätigkeit, die die Mutter selbst erlebt hatte, hingegen schon, mußten wir einige Zusatzannahmen machen. Um hier noch mehr Klarheit zu gewinnen, wäre es dringend erforderlich, daß die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Arten von Verlusten

(endgültig, partiell, temporär), sowie die Beziehungen der einzelnen Verlustarten zu anderen Familienkonstellationsmerkmalen genau abgeklärt würden. So ist es heute leider noch unmöglich, genau zu sagen, ob etwa z.B. ein partieller Verlust ab einer gewissen Stärke wie ein endgültiger Verlust zu werten ist, ab welchem Zeitpunkt und ab welcher Zeitdauer ein temporärer Verlust einem endgültigen Verlust gleichkommt, welche Unterschiede zwischen Trennungen und Abwesenheiten bestehen usw..

Zu überlegen wäre noch, wodurch sich demspeziell die schizoide Charakterstruktur und die verwahrloste unterscheiden bzw. wie der Aspekt der Verwöhnung, der ja, wie wir sagten, bei der Verwahrlosung hinzukommt, mit den Daten der Familienkonstellation zu erfassen ist; die Position des Jüngsten und die Größe der Geschwisterreihe bieten hier sicher erste Anhaltspunkte.

- 6.) Die Verwendung der angegebenen Verlustformeln hat sich als zweckmäßig erwiesen, wenngleich prinzipiell auch andere Methoden der Berechnung von Verluststärken denkbar wären, z.B. die von Eberhard (1), bei der der früheste Verlust einer Person mit Hilfe einer Kurzformel errechnet wird und mit der Anzahl aller späteren Verluste multipliziert wird.

(1) K. Eberhard (Berlin) zit. nach W. Toman:
Motivation, Persönlichkeit, Umwelt,
Göttingen 1968, S. 207.

- 7.) Eine Reihe von anamnестischen Daten, wie z.B., ob das Kind oder seine Eltern im Heim aufgewachsen sind, ob bei dem Kind oder einem seiner Elternteile der Vater im Alter von einem halben Jahr für zwei Jahre fehlte usw., schienen zwischen den verschiedenen Neurosekatégorien zu differenzieren. Diese Fragestellungen betrachten wir allerdings nur als zusätzliche Anhaltspunkte. Immerhin zeigte sich, daß Verluste milder wirken, wenn Ersatzpersonen im Rahmen verwandtschaftlicher oder verwandtschaftsähnlicher Beziehungen gefunden werden, als wenn keinerlei verwandtschaftliche Beziehung besteht.
- 8.) Auch über den Bereich der Verluste hinaus konnten wir nachweisen, daß die Familienkonstellation der Eltern, nicht nur die der Kinder, von Bedeutung für die Entwicklung bestimmter neurotischer Strukturen bei den Kindern ist. So zeigte sich z.B., daß eine starke Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der Eltern bei den Kindern (zu vermuten wäre, auch bei den Eltern) zu einer zwangsneurotischen Entwicklung führt.
- 9.) Betrachten wir noch einmal, welche Merkmale der Familienkonstellation differential-diagnostisch für die Unterscheidung zwischen verschiedenen Neurosegruppen relevant sind, d.h. also, versuchen wir noch einmal, die unterschiedlichen Bedingungsgefüge aufzuzeigen, die je zwei Neurosegruppen nach den Merkmalen der Familienkonstellation unterscheiden.

- a) Verwahrloste unterscheiden sich von den schizoiden Personen dadurch, daß sie eher die Position des mittleren Geschwisters einnehmen (was auch mit der Größe der Geschwisterreihe zusammenhängen könnte), Schizoide hingegen eher die Position des Ältesten. Im Zusammenhang damit steht, daß Schizoide eher aus kleineren, Verwahrloste eher aus größeren Familien stammen. Körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern sind bei schizoiden Personen häufiger als bei Verwahrlosten. Die Stärke des Gesamtverlusts, sowie des von den Eltern und Kindern erlebten Verlusts, ist bei beiden Gruppen sehr hoch. Hier unterscheiden sie sich nicht. Ein deutliches differential-diagnostisches Zeichen scheint hingegen die Stärke des partiellen Verlusts bei den Eltern, sowie das Alter zum Zeitpunkt des partiellen Verlusts bei den Eltern zu sein. Hier haben die Eltern Verwahrloster deutlich schwerere und frühere Verluste erlitten.
- b) Verwahrloste unterscheiden sich von Depressiven: Sie weisen weniger körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern auf, sie haben häufiger Adoptiveltern, sie haben seltener einen Wechsel für ständig zu den Großeltern miterlebt, sie sind weniger bei Verwandten aufgewachsen; depressive Personen haben häufiger Verluste erlebt als Verwahrloste (endgültige Verluste); gleichzeitig sind die Verluste, sofern sie welche erlitten, bei Verwahrlosten schwerer als bei Depressiven; abends oder am Wochenende ist der Vater verwahrloster Personen öfter abwesend als bei depressiven Personen.

Die partiellen Verluste, die die Eltern erlitten haben, sind bei Verwahrlosten schwerer als bei Depressiven. Auch hinsichtlich des partiellen Gesamtverlusts unterscheiden sie sich in derselben Richtung.

- c) Verwahrloste unterscheiden sich von zwangsneurotischen Personen: Zwangsneurotische Personen sind früher sauber als Verwahrloste, außerdem neigen sie weniger dazu, Umzüge miterlebt zu haben. Die Anzahl der von der Person selbst oder ihren Eltern erlebten Verluste ist bei Verwahrlosten größer. Der Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter liegt bei Verwahrlosten früher. Der Gesamtverlust ist bei Verwahrlosten höher, der Vater ist öfter abends oder am Wochenende abwesend, die Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der Eltern ist bei Zwangsneurotikern bedeutend größer, hinsichtlich der partiellen Verluste unterscheiden sie sich nicht.
- d) Verwahrloste und Organneurotiker unterscheiden sich: Organneurotiker haben mehr Körperbehinderungen selbst, bei den Eltern oder Großeltern, sie sind häufiger bei Verwandten aufgewachsen, ihre Mütter sind häufiger ohne Väter aufgewachsen; deutlich scheint das häufigere Vorhandensein eines Geschlechtskonflikts in der Elternehe bei den Organneurotikern; die Dauer von Abwesenheiten bei den Eltern der Organneurotiker ist größer als bei den Eltern Verwahrloster.
- e) Schizoide Personen und depressive Personen unterscheiden sich: Schizoide Personen sind früher abgestillt, depressive Personen haben eher Affinität zur Geschwisterposition des Jüngsten, schizoide eher zur Geschwisterposition des Ältesten. Depressive Personen entstammen häufiger

monosexuellen Familien, schizoide häufiger heterosexuellen bzw. bi-sexuellen. Depressive Personen oder ihre Eltern haben außerdem eher Stiefeltern. Der endgültige Gesamtverlust ist bei schizoiden Personen höher, ebenso der endgültige Verlust, den die Eltern erlitten haben. Die Väter sind bei Schizoiden öfter abends und an Wochenenden nicht zu Hause. Bezüglich der partiellen Verluste unterscheiden sich beide Gruppen nicht.

- f) Am deutlichsten sind schizoide und zwangsneurotische Personen unterschieden: Zwangsneurotiker neigen weniger zu Umzügen, sie sind eher mittlere Geschwister, Schizoide hingegen eher Älteste, sie haben eine extremere Geschlechterverteilung in der eigenen Familie und in den Familien der Eltern als Schizoide, sie stammen eher aus größeren Geschwisterreihen. Schizoide Personen haben häufiger Körperbehinderungen selbst, bei den Eltern oder Großeltern. Bei schizoiden Personen hat ein Wechsel zwischen Eltern- und Großelternerziehung nebeneinander häufiger bei der betreffenden Person selbst, beim Zwangsneurotiker häufiger bei den Eltern stattgefunden. Schizoide Personen und ihre Eltern haben mehr Verluste erlebt als Zwangsneurotiker. Die Stärke des endgültigen Gesamtverlusts und des endgültigen Verlusts der Eltern ist deutlich größer bei schizoiden Personen, die Mütter haben bei schizoiden Personen frühere Verluste erlitten als bei zwangsneurotischen Personen.
- g) Schizoide Personen und Organneurotiker unterscheiden sich: Organneurotische Personen entstammen eher monosexuellen Familien, schizoide eher hetero- und bi-sexuellen. Organneurotiker entstammen eher einer Geschwisterreihe mit 2 Geschwistern, Schizoide sind eher bei einer Kinderfrau oder bei fremden Leuten aufgewachsen.

Bei Organneurotikern fehlt häufiger als bei schizoiden Personen der Vater im Alter von einem halben Jahr bei Kind, Vater oder Mutter, besonders trifft dies auf die Mutter zu. Bezüglich der Verluststärken (sowohl der endgültigen als auch der partiellen) und des Zeitpunkts des frühesten Verlusts bei Mutter bzw. Eltern ergaben sich keine Unterschiede.

- h) Depressive und zwangsneurotische Personen unterscheiden sich: Depressive Personen neigen mehr dazu Umzüge erlebt zu haben, sie haben eine weniger extreme Geschlechterverteilung in der Familie als Zwanghafte; dasselbe gilt für die Familien der Eltern. Depressive Personen haben mehr körperliche Behinderungen selbst, bei den Eltern oder Großeltern. Die Mütter depressiver Personen haben frühere Verluste erlebt, depressive Personen haben stärkere endgültige Gesamtverluste erlebt als Zwangsneurotiker.
- i) Organneurotische und zwangsneurotische Personen unterscheiden sich: Zwangsneurotiker sind eher sauber, Organneurotiker haben mehr Umzüge erlebt, Zwangsneurotiker stammen aus größeren Familien, sie haben weniger körperliche Behinderungen selbst, bei den Eltern oder Großeltern, sind eher selbst oder ihre Eltern bei einer Kinderfrau aufgewachsen, sie und ihre Eltern zusammen haben weniger Verluste erlebt. Der Zeitpunkt des frühesten Verlusts bei der Mutter liegt früher als bei den Organneurotikern. Die Geschlechter in den Familien der Eltern sind unausgewogener bei den Zwangsneurotikern. Die Organneurotiker haben stärkere Gesamtverluste erlebt als die Zwangsneurotiker.

- j) Depressive und organenneurotische Personen: Hier haben wir keinen einzigen signifikanten Unterschied gefunden; nur indirekt können wir vermuten, welche Variablen der Familienkonstellation am ehesten für eine Differenzierung zwischen beiden Gruppen infrage kommen, indem wir versuchen herauszufinden, bei welchen Variablen eine der beiden Gruppen von dritten Neurosegruppen unterschieden ist, nicht aber von der anderen Neurosegruppe, also z.B. indem wir herauszufinden versuchen, ob die Stillzeit bei organenneurotischen Personen anders ist als bei schizoiden Personen, im Vergleich aber dazu die Stillzeiten depressiver und schizoider Personen vielleicht nicht unterschieden sind. Als differenzierende Merkmale kämen demnach am ehesten in Betracht: Stillzeit, Sauberkeit, Geschwisterposition, Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie, Geschwisterzahl, Stiefeltern, Adoptiveltern, dauernder Wechsel zu den Großeltern, Aufgewachsen sein bei einer Kinderfrau, Fehlen des Vaters bei der Mutter oder allgemein, Anzahl der von einer Person erlebten Verluste, Zahl der Abwesenheiten des Vaters abends und am Wochenende, Geschlechtskonflikte in der Elternnehe. Dauer der Abwesenheit bei den Eltern, Stärke der Verluste der Eltern und des Kindes, partieller Gesamtverlust.
- k) Wo es möglich war, Unterschiede zwischen der Gruppe der Hysteriker und anderen Gruppen zu finden, zeigte sich: Depressive und Zwangsneurotiker haben häufiger Verluste als Hysteriker.

Versuchen wir, die einzelnen Neuroseformen zu interpretieren nach unseren Ergebnissen, so können wir Verwahrlosung sehen als entstanden durch viele kleinere und ständig wiederkehrende Verluste oder durch besonders große Verluste. Ein labiles wechselndes Milieu (starke partielle Verluste) mit Vernachlässigung (größere Geschwisterreihe), ebenso wie das Fehlen intensiver, dauerhafter Konflikte (Geschlechtskonflikte, Körperbehinderungen) und die Möglichkeit, sich Anforderungen zu entziehen, scheinen Voraussetzung zu sein für die Entstehung von Verwahrlosungsstrukturen. Die schizoide Charakterstruktur ist gekennzeichnet durch besonders schwere und harte Erlebnisse ohne jegliche Verwöhnungstendenz (schwere endgültige Verluste, häufig körperliche Behinderungen bei Kind, Eltern oder Großeltern). Depressive Personen sind auch durch schwere Verluste gekennzeichnet, durch traurige Erfahrungen, wobei aber in der Regel die schweren Erfahrungen durch einen günstigen Ersatz zum Teil aufgefangen zu werden scheinen (Stiefeltern, bei Verwandten aufgewachsen, Position des Jüngsten). Der Unterschied zwischen Verwahrlosung und Depression scheint eine größere Labilität des Milieus und insgesamt konfliktfreiere Atmosphäre bei den verwahrlosten Personen zu sein. Zwangsneurotische Personen sind durch eine deutliche Rivalitätshaltung gekennzeichnet, ihre Verluste sind nicht besonders stark, doch scheinen sie früh in die Lage gekommen zu sein, sich auseinandersetzen zu müssen (frühe Sauberkeit, Unausgewogenheit der Geschlechter in der eigenen Familie und in den Familien der Eltern). Sie zeigen zudem eine deutliche Beharrungstendenz in ihrer Familie (wenig Umzüge). Organneurotische Personen sind den Depressiven deutlich verwandt.

Eine die Beziehung zu Personen des anderen Geschlechts betreffende Störung scheint daneben bei den Organneurotikern nicht von der Hand zu weisen (Mutter ohne Vater aufgewachsen, Geschlechtskonflikt in der Elternehe). Denkbar wäre, daß z.B. das Fehlen des Vaters zunächst eine depressive Grundstimmung über das Verlust bzw. Mangelerlebnis bewirkt, in der ödipalen Phase dasselbe Erlebnis eine sexuelle Interpretation zusätzlich erfährt.

J) K r i t i k .

1.) An den angewandten statistischen Methoden.

a) Einmal könnte man an der häufigen Zusammenfassung von Gruppen in unserer Untersuchung Kritik üben; so fassen wir z.B. "gar nicht gestillt" oder "eine Woche gestillt" zusammen und stellen diese Gruppe der Gruppe gegenüber, die über eine Woche gestillt wurde. Auch fassen wir manchmal die Gruppe der schizoiden Personen und die der Verwahrlosten zusammen, andererseits die Gruppen der depressiven Personen und der Organneurotiker. Wir gingen jedoch dabei immer von statistischer und psychologischer Plausibilität aus. Wir faßten immer nur Gruppen zusammen, die im psychopathologischen System herkömmlicherweise auch als zusammengehörig angesehen werden. Zum anderen faßten wir auch nur einander benachbarte Gruppen zusammen, wie z.B. ÄÄ, EE, JJ, ÄE. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß die Vorstellungen über die Zusammengehörigkeit vielen Untersuchungen entstammen und nicht willkürlich gewählt sind. Die statistische Plausibilität beruht darauf, daß wir einander benachbarte Gruppen (z.B. gar nicht gestillt oder eine Woche gestillt) dann zusammenfaßten, wenn wir damit ein Absinken einzelner Felder für den χ^2 - Test unter eine Frequenz von 5 verhindern konnten.

b) Werte unter fünf, oder noch mehr, unter drei, beim χ^2 - Test werden von Mittenecker (1) als problematisch bezeichnet. Wir müssen also darauf hinweisen, daß in solchen Fällen, wo unsere χ^2 - Berechnung auf Werten unter fünf beruht, diese Ergebnisse mehr als Hinweise auf Zusammenhänge und nicht als deutlich gesicherte Ergebnisse zu betrachten sind.

(1) E. Mittenecker: Planung und statistische Auswertung von Experimenten, Wien, 1963.

Doch ist es unserer Meinung nach schon wichtig, auch auf die Darstellung solcher Ergebnisse nicht zu verzichten, da sie späteren Untersuchern die Möglichkeit geben, an größerem Zahlenmaterial die angedeuteten Zusammenhänge zu überprüfen und sich dabei dann bereits etwas klarere Vorstellungen zu machen über die zu erwartende Richtung der Gruppenunterschiede.

- c) Eine weitere Frage wäre, ob es gerechtfertigt ist, aus den fünf Gruppen (schizoid, verwahrlost, depressiv, organenneurotisch, zwangsneurotisch) zwei herauszugreifen und ihre Häufigkeit einander gegenüberzustellen. Nach Meinung einiger Statistiker (z.B. Koller) (1) ist dies besonders dann gerechtfertigt, wenn man vorher das χ^2 über alle fünf Kategorien errechnet hat und dabei einen signifikanten Gesamtwert erhalten hat. Wo dies nicht der Fall ist, aber dennoch die Häufigkeitsunterschiede zwischen zwei Gruppen statistisch signifikant sind, sollte dies ebenfalls mehr als Beschreibung des Materials und als Hinweis betrachtet werden, ohne dabei die Signifikanz des Ergebnisses allzu stark zu bewerten.
- d) In einigen Fällen, z.B. der Frage nach Umzügen, wendeten wir den t - Test an. Die Voraussetzung der Metrik ist dabei ohne weiteres gegeben. Die Frage der Normalverteilung könnte in diesen Fällen anhand grober graphischer Darstellungen und etwa eines Vergleichs von Mittelwert und Median untersucht werden. Soweit keine deutlichen Hinweise gegen eine Normalverteilung sprechen, wurde der t-Test angewendet. Tatsächlich ist ja auch bei Altersangaben,
- (1) S. Koller: Graphische Tafeln zur Beurteilung statistischer Zahlen, Darmstadt, 1953.

z.B. Alter zum frühesten Zeitpunkt des Verlusts, sehr häufig eine Normalverteilung zu erwarten. Anders liegt der Fall bei der Stärke des Verlusts. Hier ist eine Normalverteilung nicht zu erwarten, da die Werte durch Multiplikation und Division berechnet wurden, sowie durch Logarithmieren und Wurzelziehen. Tatsächlich wurde auch von Toman, Preiser, Gasch und Plattig (1) eine stark asymmetrische Verteilung dieser Werte gefunden. Wir haben uns deshalb zur Überprüfung dieser Fragestellungen des Kruskal-Wallis-Tests für die Überprüfung von Rangunterschieden von zwei oder mehr Gruppen bedient. Es ergaben sich dabei auch, wie zu erwarten war, Abweichungen von den Ergebnissen, wie wir sie mit Anwendung des t - Tests erzielt hätten. Wir entgingen dabei auch dem von manchen Statistikern vorgebrachten Einwand gegen die Anwendung des t - Tests beim Unterschied zwischen mehr als zwei Gruppen. Es wird behauptet, das Signifikanzniveau sei in einem solchen Fall unterschiedlich gegenüber einem Vergleich aller Gruppen zusammen, etwa durch Varianzanalyse und anschließende Einzeltestung.

- e) Daß wir uns dennoch im Fall des Vergleichs des Alters zum Zeitpunkt des frühesten Verlusts des t - Tests bedienten, beruht auf mehreren Gründen:

(1) W. Toman, S. Preiser, B. Gasch und Gerda Plattig:
Familienkonstellationen und ihre Störungen:
Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation.
Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft,
Bad Godesberg, 1967.

1. Normalverteilung konnte als gegeben angenommen werden;
 2. Die Meinungen zu dieser Frage sind keineswegs einheitlich, so ist z.B. Mittenecker (1) der Auffassung, daß der t - Testvergleich von mehr als zwei Gruppen ein etwas umständlicheres, aber offensichtlich kein prinzipiell unbrauchbares Mittel ist;
 - 3.) Eine Varianzanalyse wäre bei einigen unserer Fragestellungen nicht ohne weiteres anwendbar gewesen, da sie ja nur bei gleichen Streuungen der einzelnen Gruppen angewendet werden kann. Es wäre also eine komplizierte Transformation der Verteilungsform erforderlich gewesen, die uns der relativen Einfachheit unserer psychologischen Daten nicht gerecht zu werden schien.
- f) Da für die Zahl der Geschwister die Normalverteilung nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann, sondern heute die Geschwisterzahl eine stark linkssteile Verteilungsform aufweist, wäre hier der t - Test nicht angebracht gewesen. Wir bedienten uns daher, ebenso wie bei der Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie des Kindes des χ^2 - Tests. Bei der Frage nach der Zahl der Geschwister der Eltern und der Unausgewogenheit der Geschlechter in den Familien der Eltern konnten wir eine annähernde Normalverteilung durch den simplen Trick erreichen, daß wir die Geschwister für beide Eltern zusammenzählten und keine Vergleiche für Vater und Mutter getrennt durchführten. Somit erreichten wir als häufigsten Wert einen höheren als den bei den Geschwistern des Kindes

(1) E. Mittenecker: Planung und statistische Auswertung von Experimenten, Wien, 1963 (S. 79).

zu erwartenden häufigsten Wert von eins und somit etwas eher eine Normalverteilung, was sich auch graphisch ungefähr zeigen ließ.

- g) Bei der Anzahl der Verluste haben wir den t - Test genau betrachtet eigentlich auf Häufigkeiten angewendet, doch läßt sich durch mathematische Ableitung zeigen, daß dies möglich ist und Häufigkeiten für den t - Test kein Hindernis darstellen.

2.) Kritik an den Merkmalsklassifizierungen.

a) Merkmale der Familienkonstellation:

Die von uns gewählten Merkmalsausprägungen, wie z.B. die Position des Ältesten oder die Konstellation in der Familie, die wir als monosexuell bezeichneten, sind Extremwerte einer skalierbaren Variablen, die im einen Fall so etwas wie Rangposition innerhalb der Geschwisterreihe, im anderen Fall so etwas wie Grad der Vertrautheit mit Personen des anderen Geschlechts sein dürfte. Die einzelnen Punkte dieser Variablen, wie z.B. Position des Ältesten, Position des Zweitältesten, Position des Jüngsten verteilen sich in unterschiedlich großen Abständen auf dieser Skala, wobei jeder dieser herausgegriffenen Punkte den Kreuzungspunkt einer Unzahl anderer Variabler darstellt, mit denen die Variable (Rangposition) in korrelativem, vielleicht auch sogar in kausalem Zusammenhang steht, wie z.B. Führungseigenschaften, Kontaktbedürfnis, Anpassungsfähigkeit usw.. Bei der Frage, wie einer der von uns herausgegriffenen Punkte, z.B. Zweitältester in der Geschwisterreihe, auf dieser Skala zu liegen kommt, spielt natürlich auch die Zahl der Geschwister eine Rolle, denn es wäre denkbar, daß auf dieser Skala der Zweitälteste von insgesamt

sieben Geschwistern und der Zweitälteste von insgesamt vier Geschwistern ebenfalls wieder unterschiedliche Positionen einnehmen. Daß wir nun ganz bestimmte Extrempositionen auf dieser Skala herausgegriffen haben, nämlich Älteste, Jüngste, Mittlere und Einzelkinder, und sie einander gegenüberstellten, ist durchaus legitim, wenn man auch bedenken sollte, daß ein mittleres Geschwister in manchen Fällen durchaus dem ältesten Geschwister einer anderen Geschwisterreihe ähnlich sein kann. Bei der Stärke der Unausgewogenheit der Geschlechter, der Geschwisterzahl usw. handelt es sich ebenfalls um skalierbare Variablen, aus denen wir bestimmte Punkte, möglicherweise in gleichem Abstand, herausgegriffen haben. Denkbar wäre dennoch, daß der Unterschied, ob jemand sechs oder sieben Geschwister hat, viel geringer ist, als der Unterschied, ob er ein oder zwei Geschwister hat. Dieser kleinen möglichen Ungenauigkeit hatten wir, zumindest für die Kinder, durch die Verwendung non-parametrischer statistischer Verfahren Rechnung getragen.

Bei einer Reihe von anamnestischen Daten, z.B. der Angabe: bei Verwandten aufgewachsen usw., haben wir, um größere Häufigkeiten zu erhalten, das Vorhandensein des jeweiligen Merkmals für Kinder, Väter oder Mütter gleich behandelt. Wir können insofern auch nicht aussagen, ob bei der einzelnen Fragestellung das jeweilige Merkmal eher bei den Kindern oder eher bei den Eltern vorkam (sofern wir das nicht gesondert untersucht haben), d.h. wir können im Einzelfall nicht sagen, daß das Vorhandensein von Stiefeltern bei den Kindern dieses oder jenes bewirkt, sondern

wir können nur aussagen, daß das Vorhandensein von Stiefeltern bei den Kindern oder bei einem von dessen Elternteilen eher mit dieser als mit jener neurotischen Struktur in Zusammenhang steht. Im übrigen hatten wir all diese Fragen nur am Rande in unseren Fragebogen aufgenommen und betrachten sie insofern nur als kommentierende Ergänzung zu unserer Hauptfragestellung über Verluststärken.

Daß wir das Fehlen des Vaters gerade zum Zeitpunkt eines halben Jahres untersucht haben, hängt damit zusammen, daß gerade nach dem Aufbau eines Personenschemas, der nach der frühen oralen Phase, also etwa zu Beginn des fünften Lebensmonats beendet sein dürfte, sich die Auswirkungen der Stimmungslage der hauptsächlichlichen Bezugsperson besonders stark zeigen dürften, also die Stimmungslage einer verlassenen Mutter auf das Kind dann besonders deutlich einwirken könnte. Ebenso gut hätten wir auch davon ausgehen können, daß der Vater zu Beginn des vollendeten ersten Lebensjahres eine Rolle spielt, und das Fehlen des Vaters zu diesem Zeitpunkt untersuchen können, doch wäre dabei prinzipiell nichts anderes herausgekommen, denn wir hatten ja das Fehlen des Vaters im Alter von einem halben Jahr, aber für mindestens zwei Jahre, untersucht, d.h. bei all diesen Personen fehlte der Vater natürlich auch zum Beginn des ersten Lebensjahres.

Beim Zeitpunkt des Verlusts, der Verluststärke und der Anzahl der Verluste, sowie bei der Zeit, die seit dem Verlust vergangen ist, haben wir nur Personen berücksichtigt, bei denen jeweils die untersuchten

Verluste (des Vaters, der Mutter, des Kindes, aller drei Personen zusammen) vorlagen. Personen ohne entsprechende Verluste haben wir in unsere Auswertung der Verluststärken nicht einbezogen. Ebenso gut hätten wir immer alle Personen der jeweiligen Neurosegruppen für den Gruppenvergleich heranziehen können, jedoch war unsere Fragestellung von Anfang an, ob Personen mit stärkeren Verlusten eine andere Neurosestruktur zeigen als Personen mit geringeren Verlusten. Die Fragestellung, ob Personen mit Verlusten oder solche ohne Verluste unterschiedlich stark in den einzelnen Neurosekategorien vertreten sind, hatten wir ohnedies schon untersucht, so daß sich eine weitere Berücksichtigung der Personen ohne Verluste bei den Verluststärken erübrigte. Im übrigen hätten wir durch eine Berücksichtigung aller Personen unsere Ergebnisse wohl eher ein bißchen verfälscht, da wir ja davon ausgehen müssen, daß bei einer Person, die z.B. eine zwangsneurotische Struktur aufweist, ohne daß ein Verlust vorliegt, diese Struktur auf andere Umweltdaten zurückzuführen sein muß als auf Verluste, diese Person also ungeeignet wäre zur Überprüfung der Auswirkungen von Verlusten. Hingegen sind Personen mit schizoider Struktur und Verlusten und Personen mit zwangsneurotischer Struktur und Verlusten gut geeignet zur Gegenüberstellung für unseren Zweck, da wir ja gerade vergleichen wollten, nicht ob Verluste vorhanden waren oder nicht, sondern ob stärkere Verluste etwas anderes bewirken als weniger starke. Trotzdem haben wir, wie gesagt, die Frequenz der Personen mit und ohne Verluste auch in den einzelnen Gruppen verglichen.

Eine weitere Kritik an unseren Daten könnte sich auf deren Teilabhängigkeit beziehen, d.h. die einzelnen Merkmale der Familienkonstellationen sind nicht im faktoren-analytischen Sinne unabhängig, sondern interkorreliert. So stammen, wie erwähnt, mittlere Geschwister häufig aus größeren Familien, so daß ein Unterschied zwischen mittleren Geschwistern und Ältesten Geschwistern bezüglich der Struktur und ein in die gleiche Richtung gehender Unterschied zwischen Kindern aus größeren Familien und Kindern aus kleineren Familien auf demselben Faktor beruhen könnten. Über die Korrelationen zwischen den einzelnen Merkmalen der Familienkonstellationen liegen jedoch bereits Untersuchungen vor (Toman, Preiser, Gasch, Plattig) (1), so daß wir bezüglich dieser Fragestellung darauf verweisen können, daß unsere Ergebnisse auf diesem Hintergrund gesehen werden sollten. Auf diese Ergebnisse im einzelnen zu verweisen, hätte allerdings den Rahmen unserer Untersuchung gesprengt. Allerdings stellt sich dem Autor die Frage, warum auf diesem Gebiet noch keine faktoriellen Untersuchungen vorliegen; wahrscheinlich macht die teilweise nicht metrische Beschaffenheit der Familienkonstellationsdaten hierbei Schwierigkeiten.

- (1) W. Toman, S. Preiser, B. Gasch und Gerda Plattig: Familienkonstellationen und ihre Störungen: Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation. Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Bad Godesberg 1967.

Ein weiterer kritischer Punkt sind die von uns angewandten Formeln, also die sog. Verlustformeln. Ihre Brauchbarkeit hat sich in Untersuchungen erwiesen, nicht nur in der vorliegenden. Dennoch ist es zu bedauern, daß noch keine genaue Konfigurationsanalyse vorliegt, also noch keine Analyse darüber, in welchem Umfang die einzelnen Bestandteile der Formel zur tatsächlichen Verlustwirkung beitragen, ob ihr Beitrag zur Verlustwirkung also dem in der Formel angenommenen Beitrag entspricht. Falls dies dennoch stimmt, wissen wir auch noch nicht, ob der Zusammenhang zwischen einem Teil der Formel und der Verlustwirkung dem in der Formel angenommenen Zusammenhang entspricht, d.h. wir wissen z.B. nicht, ob der Zusammenhang zwischen Verluststärke und Zahl der Personen in der Familie vor dem Verlust tatsächlich linear ist oder ob er nicht vielleicht eine ganz andere Funktion darstellt. Ebenso fehlen bis heute Erfahrungen bei der Anwendung der Verlustformeln auf partielle und temporäre Verluste, weshalb dem Autor nichts anderes übrig blieb, als partielle Verluste wie endgültige zu behandeln und lediglich die Frage einzubeziehen, ob die Mutter ganztags oder halbtags tätig war oder einer Heimarbeit nachging. Bezüglich der Anwendung der Formel auf temporäre Verluste bieten sich noch größere Schwierigkeiten, denn hier müßte man wissen, wenn man die Formel für endgültige Verluste auf temporäre Verluste überträgt, ab welcher Zeitdauer ein temporärer Verlust wie ein endgültiger Verlust zu behandeln ist. Aber auch bei den endgültigen Verlusten wissen wir nicht, wie starke Verluste die einzelnen nach der Formel berechneten Werte tatsächlich darstellen. Wir wissen nur, daß sie nicht in gleichmäßigem Abstand auf einer Skala verteilte Punkte sind,

wie groß der Abstand zwischen einzelnen berechneten Verluststärken aber tatsächlich ist, kann man nicht sagen. Wir haben dieses Problem mit Hilfe von Rangvergleichen umgangen. Auch konnten wir das Verhältnis zwischen Verlust des Kindes und Verlust der Eltern nur auf Grund praktischer Erfahrung schätzen, exakte Untersuchungen darüber sind dem Autor nicht bekannt. Wie wir aus unseren Befunden bei den partiellen Verlusten glaubten ersehen zu können, ist es sogar möglich, daß Verluste der Eltern sich stärker auswirken bezüglich bestimmter Fragestellungen als Verluste der Kinder.

b) Merkmale der Neurosestruktur.

Wir haben hier die Werte, die sich auf das Alter bezogen, die Werte, die sich auf Erziehungsberatungsfälle bezogen, und die allgemeinen Werte zusammengezählt und gedrittelt. In diese Werte gingen dann also alle Vorbehalte ein, die generell gegenüber Ratings zu machen sind. Daß unterschiedliche Symptome ein unterschiedliches Gewicht haben, je nach dem Alter der betreffenden Person, ist einleuchtend. Wir versuchten, dies dadurch auszugleichen, daß wir bei den Ratings das Alter mit einbeziehen ließen. Da Erziehungsberatungsfälle in gewissem Sinn eine Auslese darstellen, überwiegend die Personen, die unter einem gewissen Grad von Leidensdruck stehen, somit aber wie bei jeder Auslese vielleicht unter Erziehungsberatungsfällen bestimmte neurotische Symptome häufiger vorkommen im Vergleich zu anderen neurotischen Symptomen, obwohl ihre Verteilung in der Allgemeinbevölkerung vielleicht anders gelagert ist, versuchten wir, die dabei entstehenden

Fehlerquellen dadurch auszuschalten, daß wir die Symptome auf ihre Schwere sowohl, wenn man nur Erziehungsberatungsfälle berücksichtigt, als auch in bezug auf die Allgemeinbevölkerung raten ließen. Wir nahmen an, daß das stärkste geratete Symptom immer ein Symptom der tatsächlich bei dieser Person vorhandenen Neurosestruktur ist. Das muß jedoch vielleicht nicht so sein; starkes Stottern könnte auch einmal bei einer überwiegend schizoiden Person gefunden werden, allerdings könnten wir annehmen, daß ein besonders starkes Auftreten eines Symptoms immer zumindest Anteile der entsprechenden Struktur voraussetzt, auch wenn vielleicht Anteile einer anderen Struktur überwiegen, so daß wir insofern nicht einen allzu großen Fehler gemacht haben. Außerdem könnten wir, streng genommen, eigentlich nur etwas aussagen, über Personengruppen, in denen ähnliche Symptome vorkommen und diese ähnlich verteilt sind wie in unseren Gruppen, nicht über alle schizoiden, depressiven usw. Personen. Doch kam es uns nur darauf an, zu sehen, ob eine bestimmte Auswahl von Symptomen für jede einzelne Neurosekatégorie und der Vergleich der in diesen Kategorien vorhandenen Personen bezüglich der Verluststärken und anderer Fragestellungen das System der Psychopathologie eher stützen oder eher eine Verwerfung dieses Systems bzw. Einschränkungen nahelegen. Außerdem kam es uns wesentlich darauf an, zu zeigen, daß die empirische Überprüfung fundamentaler tiefenpsychologischer Hypothesen mit Hilfe von Familienkonstellationsmerkmalen, besonders mit Hilfe von Verlusten, nicht unmöglich ist.

3.) Kritik am Versuchsaufbau.

Selbstverständlich kann man Bedenken gegen die von uns angewandte Fragebogenmethodik haben. Die Frage ist, wie weit anamnestische Daten, durch Fragebogen ermittelt, den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Der Autor war auf Grund anderer Familienkonstellationsuntersuchungen, bei denen die Daten ebenfalls mit Fragebogen ermittelt wurden, zuversichtlich, überwiegend Angaben zu bekommen, die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Darüberhinaus verweisen wir bezüglich der Diskussion um Anamnesen oder Fragebogenerhebungen, sowie bezüglich der Diskussion um Ratingskalen auf die einschlägige Literatur (Boesch) (1), (Hasemann) (2), (Mittenecker) (3), (Schraml) (4). Eine speziellere, unsere Untersuchung betreffende Problematik wäre, ob bestimmte Neurosegruppen in charakteristischer Weise anders bei der Beantwortung der Fragen vorgehen als andere Gruppen. Wir haben versucht, dies zu überprüfen an der Anzahl der beantworteten bzw. der nicht beantworteten Fragen für eine Fragestellung, bei der unbeantwortete Fragen besonders häufig vorkamen, nämlich für die Frage nach Trennungen und Abwesenheiten bei Vater oder Mutter. Fragen wir uns nun, ob die Anzahl der Personen, die auf diese Frage keine Antwort gaben, in einer Gruppe höher liegt als in einer anderen.

- (1) E.E. Boesch: Die diagnostische Systematisierung,
in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964,
- (2) K. Hasemann: Verhaltensbeobachtung,
in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964,
- (3) E. Mittenecker: Subjektive Tests zur Messung der
Persönlichkeit,
in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964,
- (4) W. Schraml: Das psychodiagnostische Gespräch
(Exploration und Anamnese),
in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964.

Tabelle

	nicht beantwortet	beantwortet	
1a	9	17	26
1b	12	23	35
2a	6	23	29
2b	6	18	24
3	4	15	19
4	2	5	7
	39	101	140

Es ergaben sich, über alle Gruppen gerechnet und zwischen den einzelnen Gruppen, keine signifikanten χ^2 -Ergebnisse, d.h. ein Zusammenhang zwischen Beantwortung oder Nichtbeantwortung der Fragen nach Trennungen oder Abwesenheiten bei Vater oder Mutter und einer bestimmten Neurosestruktur der betreffenden Person ließ sich nicht nachweisen.

Überlegenswert ist auch die Frage, inwiefern durch die Aussonderung von Personen, die als stärkstes Symptom ein nicht nur einer Neurosekatégorie zuzuordnendes Symptom hatten, z.B. Schulschwierigkeiten, oder bei denen zwei, unterschiedlichen Neurosestrukturen zugehörnde Symptome genau den gleichen Ratewert erhalten hatten, ein systematischer Fehler sich in unsere Untersuchung eingeschlichen haben könnte. Wir können dies überprüfen, indem wir unsere ausgewerteten Fälle und unsere unausgewerteten Fälle einmal in bezug auf die Frequenz der Personen mit Verlusten für beide Gruppen vergleichen, und zum anderen in bezug auf die Stärke des Gesamtverlusts.

Frequenz der Personen mit Verlusten:

Tabelle I

	ausgewertete Fälle	ausgeschiedene Fälle	
Verlust	88(85,89)	12(14,11)	100
kein Verlust	52(54,11)	11(8,89)	63
	140	23	163

$\chi^2 = 0,9505$, kein signifikantes Ergebnis, d.h. ein unterschiedliches Vorhandensein von Verlusten in der Kategorie der ausgewerteten Fälle verglichen mit der Kategorie der ausgeschiedenen Fälle ließ sich nicht nachweisen.

Stärke des Gesamtverlusts:

Tabelle II

	ausgewertete Fälle	ausgeschiedene Fälle
M	6,3074	6,1607
σ^2	108,13	152,89
N	88	12

Tabelle III

	ausgewertete Fälle	ausgeschiedene Fälle	
unter Median	43(44)	7(6)	50
über Median	45(44)	5(6)	50
	88	12	100

$\chi^2 = 0,3786$.

Weder mit einer Auswertung durch den t - Test noch mit einer Auswertung mit Hilfe des Median-Tests erhielten wir einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der ausgewerteten Fälle und der Gruppe der ausgeschiedenen Fälle.

Auch die Streuungen in beiden Gruppen waren nicht signifikant verschieden. Es ist also nicht sehr wahrscheinlich, daß sich die Gruppen der ausgewerteten und der ausgeschiedenen Fälle bezüglich der Frequenz der Personen mit und ohne Verluste sowie bezüglich der Verluststärken unterscheiden.

Ein weiterer Fehler könnte entstanden sein durch die Verteilung von Geschlecht, Alter und Herkunftsort der jeweiligen Personen über die einzelnen Neurosegruppen bzw. über einen Zusammenhang dieser drei Merkmale zum Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Verlusten und den Verluststärken.

a) Verteilung der Geschlechter:

Da bekannt ist z.B., daß unter depressiven Personen besonders viel weibliche sind, könnte dadurch, daß z.B. unter den Personen mit hohen Verlusten aus irgendwelchen Gründen besonders viel weibliche oder männliche sein könnten, eine Verfälschung unserer Ergebnisse entstanden sein. Pollock (1) fand ja deutliche Unterschiede bezüglich des Zeitpunkts der Verluste zwischen den beiden Geschlechtern. Allerdings wäre die Frage, ob seine Untersuchung nicht in besonderem Maße für amerikanische Verhältnisse und die von ihm untersuchten Jahrgänge zutrifft.

Frequenz der Personen:

Tabelle I

	männlich	weiblich	
Verlust	62(61,6)	26(26,4)	88
kein Verlust	36(36,4)	16(15,6)	52
	98	42	140

- (1) G.H. Pollock: Childhood parent and sibling loss in adult patients: A comparative study, Arch. gen. Psychiat. 1962, 7.

Stärke des Gesamtverlusts:

Tabelle II

	männlich	weiblich	
über Median	30(31)	14(13)	44
unter Median	32(31)	12(13)	44
	62	26	88

Sowohl für die Frequenz der Personen wie für die Stärke des Gesamtverlusts ergaben sich bei unseren Fällen keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Personen.

b) Alter der Personen in den einzelnen Neurosekategorien:

Tabelle

	1a	1b	2a	2b	3	4
M	11,89	9,77	11,27	13,87	10,58	13,29
σ^2	11,6	24,95	16,3	40,4	16,3	25,8
N	26	35	29	24	19	7

Verschiedene Varianzen:

1a und 1b: $F = 2,151$; F krit.

($df_1 = 34$, $df_2 = 25$, $p = 5\%$) = 1,92

1a und 2b: $F = 3,483$; F krit.

($df_1 = 23$, $df_2 = 25$, $p = 1\%$) = 2,7

2b und 2a: $F = 2,479$; F krit.

($df_1 = 23$, $df_2 = 28$, $p = 5\%$) = 1,94

2b und 3: $F = 2,479$; F krit.

($df_1 = 23$, $df_2 = 18$, $p = 5\%$) = 2,19

Verschiedene Mittelwerte:

2b und 3 fast mit 5% zweiseitig unterschieden ($t = 2,056$, $df = 20,5$), d.h. die Gruppe der organenneurotischen Personen ist im Durchschnitt älter als die Gruppe der zwangsneurotischen Personen.

1b und 2b unterschieden ($t = 2,724$, $df = 57$, $p = 1\%$), d.h. die Gruppe der organenneurotischen Personen ist im Durchschnitt älter als die Gruppe der schizoiden Personen.

Hier ergaben sich also tatsächlich Unterschiede, die insbesondere auf dem höheren Durchschnittsalter der organenneurotischen Personen beruhen. Ob dies damit zu erklären ist, daß die von uns untersuchten Organenneurosen erst in einem relativ späten Alter auftreten oder daß sie vielleicht erst dann bemerkt werden oder erst dann den Eltern solche Probleme verursachen, daß sie eine Beratungsstelle aufsuchen, das müßte noch genauer geklärt werden. Einen entscheidenden Einwand gegen unsere Untersuchung stellen die gefundenen Ergebnisse allerdings nicht dar. Wenn wir überlegen, wo sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen im Durchschnittsalter auswirken können, so sicherlich einmal in der Frage nach der Zeitdauer, die seit dem Verlust verstrichen ist, zum anderen in der Frage nach der Stärke der Verluste, da wir ja von der Annahme ausgehen können, daß die Wahrscheinlichkeit für eine Person, einen Verlust erlitten zu haben, umso größer wird, je älter sie ist. Betrachten wir nun erst einmal die Frage nach der seit den Verlusten vergangenen Zeit, so finden wir, daß die Gruppe der Schizoiden und die Gruppe der zwangsneurotischen Personen, bei deren Eltern wir hier einen signifikanten Unterschied fanden, im Alter ja nicht unterschieden sind. Die Verschiedenheit beider Gruppen

in bezug auf die seit dem Verlust vergangene Zeit bei den Eltern beruht also nicht auf den Unterschieden im Alter. Betrachten wir nun die Verluststärken. Durch das zu hohe Alter in den Gruppen 2b und 4 müßten wir eigentlich hier etwas zu hohe Verluste in diesen beiden Kategorien haben, jedoch dürfte sich das auf Unterschiede zwischen der Gruppe der Depressiven und der Gruppe der organoneurotischen Personen, sowie der Gruppe der organoneurotischen und der zwangsneurotischen Personen gleich stark auswirken, da beide Gruppen im Durchschnitt ungefähr gleich viel (die Depressiven etwas weniger) jünger sind als die Gruppe der organoneurotischen Personen.

Der Unterschied zwischen schizoiden Personen und den organoneurotischen Personen müßte eigentlich demnach noch etwas größer ausfallen, als wir ihn ohnedies schon gefunden haben. Bezüglich der übrigen Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen können wir weiterhin davon ausgehen, daß das Alter unser Ergebnis nicht verfälscht hat, da wir ja nur zwischen der Gruppe der Organoneurotiker und der Zwangsneurotiker, sowie zwischen der Gruppe der schizoiden und organoneurotischen Personen signifikante Altersunterschiede fanden.

c) Herkunftsorte der einzelnen Personen:

Vergleichen wir jetzt also, ob das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Verlusten bzw. die Stärke der jeweiligen Verluste zwischen den verschiedenen Herkunftsorten unserer untersuchten Personen unterschiedlich sind. Sollten wir tatsächlich Unterschiede finden, müßten wir weiterhin untersuchen, welche Herkunftsorte bei welchen Neurosegruppen besonders stark vertreten sind.

Frequenz der Personen:

Tabelle I

	Wunsiedel	Hof	Coburg	Erlangen	Deggendorf	Arnsberg	
Verlust	13(11,9)	13(12,6)	7(6,9)	1(1,9)	2(1,9)	52(52,8)	88
kein Verlust	6(7,1)	7(7,4)	4(4,1)	2(1,1)	1(1,1)	32(31,2)	52
	19	20	11	3	3	84	140

Stärke der Verluste:

Tabelle II

	Wunsiedel	Hof	Coburg	Erlangen	Deggendorf	Arnsberg	
über Median	5(6,5)	6(6,5)	3(3,5)	0(0,5)	0(1)	30(26)	44
unter Median	8(6,5)	7(6,5)	4(3,5)	1(0,5)	2(1)	22(26)	44
	13	13	7	1	2	52	88

In beiden Fällen ergaben sich keine signifikanten χ^2 , d.h. die verschiedenen Herkunftsorte scheinen Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Verlusten sowie die Verluststärken nicht entscheidend beeinflußt zu haben und können somit unser Ergebnis nicht wesentlich verfälscht haben.

k) Rückblick und Ausblick.

Unsere Untersuchung hat also einen Zusammenhang zwischen der Familienkonstellation und der Entstehung bestimmter Neuroseformen nahegelegt. Blicken wir ein letztes Mal zurück auf unser System der Psychopathologie, das uns während der ganzen Untersuchung begleitet hat. Wenn es, wie bisher nahegelegt, stimmt, so müßte die Ähnlichkeit nach der Familienkonstellation zwischen Gruppen, die auf derselben Stufe nach der Theorie fixiert sind (schizoide und verwahrloste Personen, depressive und organoneurotische Personen) größer sein als die zwischen Personengruppen, die nach der Theorie um eine Stufe, eine Entwicklungsstufe, verschieden sind (z.B. schizoide und depressive Personen) und am meisten müßten eigentlich die Personengruppen unterschieden sein, die um zwei Entwicklungsstufen auseinander liegen (z.B. schizoide und zwangsneurotische Personen).

Nun könnten wir ganz grob die Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit nach der Familienkonstellation mit Hilfe der Anzahl der von uns erhaltenen Signifikanzen definieren. Das würde also bedeuten, am wenigsten Signifikanzen müßten wir beim Vergleich der Personengruppen gefunden haben, die nach der Theorie auf derselben Stufe liegen müßten, mehr Signifikanzen müßten wir gefunden haben, relativ gesehen, beim Vergleich der Gruppen, die um eine Stufe auf dem psychoanalytischen Entwicklungsschema auseinander liegen und am meisten Signifikanzen müßten wir gefunden haben beim Vergleich der Gruppen, die um zwei Stufen nach dem Schema auseinander liegen. Natürlich handelt es sich hier mehr um eine statistische Spielerei als um einen endgültigen schlüssigen Beweis, da es ja u.a. von der Größe der verglichenen Gruppe abhängt, ob ein Ergebnis

signifikant ist oder nicht (was in unserem Fall allerdings keine besonders deutliche Fehlerquelle wäre), doch wollen wir einfach sehen, ob sich das System der Psychopathologie vielleicht auch von dieser Seite her als Arbeitsgrundlage anbieten würde. Wir haben dabei alle mindestens mit 5% und zweiseitig signifikanten Ergebnisse gezählt.

0 = Vergleich von nach der Theorie auf der gleichen Stufe fixierten Gruppen (1a - 1b, 2a - 2b).

1 = Vergleich von nach der Theorie auf verschiedenen Stufen fixierten Gruppen, unterschieden um eine Stufe (1a - 2a, 1a - 2b, 1b - 2a, 1b - 2b, 2a - 3, 2b - 3).

2 = Vergleich von auf verschiedenen Stufen fixierten Gruppen, unterschieden um 2 Stufen (1a - 3, 1b - 3).

Signifikant = durchgeführte Vergleiche zwischen je zwei Gruppen, die ein mindestens mit 5% signifikantes Ergebnis erbrachten,

nicht signifikant = durchgeführte Vergleiche zwischen zwei Gruppen, die kein mit mindestens 5% signifikantes Ergebnis erbrachten.

Tabelle I

	signifikant	nicht signifikant	
0	4(10)	98(92)	102
1	31(30)	275(276)	306
2	15(10)	87(92)	102
	50	460	510

$\chi^2 = 6,232$ (df = 2, p = 5%), d.h. die Ähnlichkeit von Neurosegruppen bezüglich der Familienkonstellation ist umso größer, je näher sie sich im psychopathologischen System sind.

Nun könnte man auch sich fragen, ob nicht bei sehr vielen Signifikanzprüfungen ohnedies rein durch Zufall eine ganze Menge an Signifikanzen zu erwarten wäre, und ob alle unsere Signifikanzen nicht so zu erklären wären. Wir brauchen dabei nicht einmal auf die psychologische Stimmigkeit der erhaltenen Ergebnisse zu verweisen, sondern wir können wieder wie bisher so vorgehen, daß wir die Anzahl der signifikanten Ergebnisse, die wir tatsächlich beobachtet haben, mit den rein nach dem Zufall zu erwartenden Ergebnissen vergleichen (wobei wir einmal außer Acht lassen wollen, daß wir ja nicht nur Signifikanzen mit 5%, sondern auch solche mit 2% oder 1% erhalten haben).

f_o = tatsächlich beobachtete Signifikanzen,

f_e = nach dem Zufall zu erwartende Signifikanzen.

Tabelle II

f_o	=	50
f_e	=	25,5

$\chi^2 = 23,54$ ($df = 1$, $p = 1\%$), d.h. wir haben in erheblich größerem Umfang signifikante Ergebnisse erhalten als dies nach dem Zufall zu erwarten gewesen wäre.

Insbesondere konnten wir Verluste als starke Variablen nachweisen, nicht nur für die Neuroseentstehung allgemein, sondern auch für die Art der Neurosestruktur. Eine Variable, die nach Wissen des Verfassers in der Literatur noch nicht existiert, die Unausgewogenheit der Geschlechter in der Familie des Kindes oder in den Familien der Eltern, hat sich als brauchbares diagnostisches Instrument für zwangsneurotische Tendenzen erwiesen.

Wichtig wäre noch, daß eine genaue Analyse der einzelnen Teile der sog. Verlustformel unternommen würde und insbesondere eine gründliche Untersuchung des Zusammenhangs zwischen endgültigen, partiellen und temporären Verlusten erfolgen würde, sowie eine genaue Abklärung, in welchem Umfang die von Eltern erlebten Verluste bei der Neurosenentstehung der Kinder mitwirken; wir konnten hierfür erste Anhaltspunkte liefern. Um nur ein Beispiel von vielen zu nennen, so wäre noch genau zu klären, wie z.B. der Zusammenhang zwischen Ganz- bzw. Halbtagsarbeit und der entsprechenden Verlustwirkung ist, ob der Verlust durch Halbtagsarbeit z.B. nur halb so schwer ist oder in einem anderen Verhältnis steht wie der Verlust durch Ganztagsarbeit. Viele andere Fragen bedürften ebenso noch einer dringenden Untersuchung. Über Personen mit hysterischen Symptomen konnten wir kaum etwas aussagen; auch dieses Problem wäre noch in Angriff zu nehmen. Auch Verluste selbst, sogar wenn sie nicht auf Scheidungen, sondern auf Todesfällen, beruhen, sollten nicht als etwas Letztes, Unerklärliches hingenommen werden, sondern noch genauer untersucht werden. Auch Krankheit und wahrscheinlich auch Tod sind ja nicht nur biologische Gesetzmäßigkeiten, sondern hier sind häufig ebenso psychologische Dinge im Spiel. Wir brauchen hierbei gar nicht einmal an die Untersuchung von Smolenski (1) zu erinnern, der bei Hunden nach Bestreichen der Haut mit Steinkohlenteer dann Krebsgeschwulste fand, wenn die Hunde vorher experimentell neurotisiert worden waren, sonst nicht.

- (1) I. Smolenski: Grundzüge der Pathophysiologie der höheren Nerventätigkeit, Berlin 1954.

Wir brauchen nur an die jedem Psychoanalytiker bekannte Tatsache der neurotischen Unfälle zu denken oder an viele andere Fälle von autoaggressiven Tendenzen. Wir dürften also beim Faktum der Verluste nicht stehen bleiben, sondern könnten auch diese wieder zum Gegenstand psychologischer Forschung machen.

Um noch einmal kurz auf die Verlustformel einzugehen, die uns bei unserer Untersuchung sehr gute Dienste geleistet hat. Als Zukunftsaufgabe sollte eine Transformation der einzelnen mit der Formel errechneten Werte möglich sein, so daß ein kontinuierliches Ansteigen nicht nur der Formelwerte, sondern zugleich der damit verbundenen Verluststärken garantiert wäre. Darüberhinaus wäre es für wissenschaftliche Untersuchungen günstig, wenn diese transformierten Werte annähernd eine Normalverteilung erreichen würden.

Zum Schluß noch ein paar Worte zu den praktischen Konsequenzen, die sich aus dieser Arbeit ergeben: Die hier ermittelten Zusammenhänge zwischen Familienkonstellation und Neurosestruktur lassen sich in der analytischen Therapie gut zur Interpretation verwenden. Anhand der Familienkonstellation lassen sich Verhaltens- und Erlebnisweisen gut analysieren und dem Patienten verständlich machen. Wenn man die Wurzeln sich häufig wiederholender Frustrationen aufspüren will, anhand früherer Situationen beispielsweise die Zusammenhänge gegenwärtiger Konflikte beleuchten und den Patienten mit Hilfe von Aufarbeitung frühkindlicher Erlebnisse und Übertragungsanalyse in die Lage versetzen will, seine Probleme nicht mehr mit neurotischen Mechanismen zu lösen, dürfte eine Beachtung der Familienkonstellationsdaten fast unumgänglich sein. Dem Verständnis um die Wirkungsweise dieser Daten bei der Entstehung neurotischer Einstellungen hoffen wir mit dieser Arbeit ein Stück näher gekommen zu sein.

L) Literaturhinweise und Anhang.

- K. Abraham: Selected Papers on Psychoanalysis, London 1949
- A. Adler: Theorie und Praxis der Individualpsychologie, Wien 1923
- F. Alexander: Psychosomatische Medizin, Berlin 1951
- Sigrun-Heide Becher: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Verwahrlosung Jugendlicher, Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg, 1967
- A.T. Beck, B.B. Sethi, R.W. Tuthill: Childhood bereavement and adult depression. Arch. gen. Psychiat., 1963,9
- G. Bernhöft: Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Familienkonstellation und der Übernahme von Führerrollen in Jugendgruppen. Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg 1967
- G. Biermann: Kind und Krankenhaus, Praxis der Kinderpsychologie 1965, 14
- G. Biermann: Symbiotische Mutter-Kind-Beziehungen, Psyche 1968, 22
- G. Biermann: Psychotherapeutische Probleme bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, in: G. Biermann: Handbuch der Kinderpsychotherapie, Band II, München 1969
- G. Biermann: Erster Tätigkeitsbericht des Instituts für Psychohygiene des Kreises Köln, 1971
- G. Biermann: Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit, München-Basel 1972
- G. und Renate Biermann: Gabi geht ins Krankenhaus, München-Basel 1972
- E.E. Boesch: Die diagnostische Systematisierung, in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964

- J. Bowlby: Mutterliebe und kindliche Entwicklung, München 1972
- F. Brown: Depression and childhood bereavement, J. of ment. Sci., 1961, 107
- J.C. Coolidge: Asthma in mother and child as a special type of intercommunication, Amer. J. Orthopsychiat., 1965, 26
- A.M. Däumling und K. Possehl: Selbstbild und Fremdbild der Aufsichtsbeamten im Strafvollzug, Stuttgart 1970
- G. Destunis: Die Schwererziehbarkeit und die Neurose des Kindesalters, Stuttgart 1961
- Helene Deutsch: The Psychology of Women, New York 1944
- Annemarie Dührssen: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1954
- Annemarie Dührssen: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung, Göttingen 1958
- Flanders Dunbar: Emotions and bodily changes, New York 1943, zitiert nach D. Wyss: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen 1961
- K. Eberhard (Berlin) zit. nach W. Toman: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt, Göttingen 1968, S. 207
- E.H. Erikson: Childhood and Society, London 1956
- K.W. Estes: Toward a statistical theory of learning. Psychol. Rev. 150, 57
- Anna Freud: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Stuttgart 1968
- S. Freud: Gesammelte Werke, London 1952
- S. Freud zitiert nach P.R. Hofstätter: Tiefenpsychologische Persönlichkeitstheorien, in: Handbuch der Psychologie, 4.Band, Göttingen 1960

Frieda Fromm-Reichmann: Principles of Intensive Psychotherapy, Chicago 1950

B. Gasch: Die Familienkonstellation von jugendlichen Strafgefangenen, Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg 1964

A. Görres: Methode und Erfahrung der Psychoanalyse, München 1958

S. Greer: The relationship between parental loss and attempted suicide: A control study. Brit. J. Psychiat., 1964, 110

K. Hasemann: Verhaltensbeobachtung, in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964

T.F. Hau und A. Ruepell:
Zur Familienkonstellation bei psychosomatisch Erkrankten, Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1966, 16

M. Hiese: Übertragungsphänomene bei verwahrlosten männlichen Jugendlichen, Inauguraldissertation, Universität Erlangen-Nürnberg, 1965

C.L. Hull: Principles of Behavior, New York 1943

J.Mc.V. Hunt: The effect of infant feeding frustration upon adult hoarding in the albino-rat, J. abnorm. soc. Psychol., 1941, 36

R. Keller: Determinanten der Familienkonstellation in ihren Beziehungen zu aggressiven Verhaltensweisen. Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg 1964

S. Koller: Graphische Tafeln zur Beurteilung statistischer Zahlen, Darmstadt 1953

A. Langenmayr: Der Einfluß der Familienkonstellation auf die Urteilsbildung im sozialen Kraftfeld, Vordiplomarbeit, Universität Erlangen-Nürnberg, 1966

A. Langenmayr: Das Verhalten von schizophrenen Personen unter Gruppendruck. Unveröffentlichte experimentelle Arbeit Universität Erlangen-Nürnberg 1967

K. Lorenz: Er redete mit dem Vieh, den Vögeln und den Fischen, München 1964

N.R.F. Maier, N.M. Glaser und J.B. Klee:
Studies of abnormal behavior in the rat,
J. Exp. Psychol. 1940, 26

E. Mittenecker: Planung und statistische Auswertung von Experimenten, Wien 1963

E. Mittenecker: Subjektive Tests zur Messung der Persönlichkeit, in: Handbuch der Psychologie,
6. Band, Göttingen 1964

Moriarty, D.M.: Early loss and the fear of mothering.
Psychoanal. Rev. 1962, 49

G. Müller: Spezifische Daten der Familienkonstellation als determinierende Faktoren bei der Bildung des Anspruchsniveaus, Vordiplomarbeit,
Universität Erlangen-Nürnberg 1965

J. Piaget: Die Psychologie der Intelligenz, Zürich 1947

G.H. Pollock: Childhood parent and sibling loss in adult patients: A comparative study, Arch. gen. Psychiat., 1962, 7

O. Rank: Das Trauma der Geburt, Wien 1924

F. Riemann: Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens, München 1961

W. Schraml: Das psychodiagnostische Gespräch
(Exploration und Anamnese),
in: Handbuch der Psychologie, 6. Band, Göttingen 1964

- H. Schultz-Hencke: Der gehemmte Mensch, Stuttgart 1947
- H. Schultz-Hencke: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951
- J. Schwarzmann: Weibliche Verwahrlosung, Spätfolge frühkindlicher Frustration, in G. Biermann: Handbuch der Psychotherapie, Band II, München 1969, S. 819 - 820
- G. Shugart: Anxiety in sibling upon separation. Soc. Wk. 1958, 3
- J. Smolenski: Grundzüge der Pathophysiologie der höheren Nerventätigkeit, Berlin 1954
- R. Spitz: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen, Stuttgart 1957
- H.R. Stanton: Mother love in foster home, Marriage Fam. Living, 1956, 18
- H. Strotzka und E. Werbenjak: Die Mutter des epileptischen Kindes, Zeitschrift für Nervenheilkunde, Wien, 1954, 6
- M. Terris, Rema Lapouse, Mary A. Monk: The relation of prematurity and previous fetal loss to childhood schizophrenia, Amer. J. Psychiat. 1964, 121
- W.R. Thompson and R. Melzack: Early environment, Sci. Amer. 1956, 194
- W. Toman: Die Familienkonstellation und ihre psychologische Bedeutung. Psychol. Rundschau, 1959, 10
- W. Toman: Family constellation as a character and marriage determinant. Int. J. Psychoanal. 1959, 40
- W. Toman: An Introduction to Psychoanalytic Theory of Motivation, Oxford-London-New York-Paris 1960
- W. Toman: Family constellation, New York 1962

- W. Toman: Family constellations of divorced and married couples. J. Individ. Psychol. 1962, 18
- W. Toman: Large age differences among spouses and their family constellations. Psychol. Rep. 1963, 13
- W. Toman: Familienkonstellationen. Ihr Einfluß auf den Menschen und seine Handlungen, München 1965
- W. Toman: Systematische Retrospektion, eine unausgenützte Quelle psychologischer Forschung, Psychol. Rundschau 1966, 17
- W. Toman: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt, Göttingen 1968
- W. Toman: Dynamik der Motive, Darmstadt 1970, S. 249-250
- W. Toman and B. Gray: Family constellations of normal and disturbed marriages. An empirical study. J. indiv. Psychol 1961, 17
- W. Toman, S. Preiser, B. Gasch und Gerda Plattig: Familienkonstellationen und ihre Störungen: Wirkungen auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation. Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Bad Godesberg 1967
- D. Wechsler: Die Messung der Intelligenz Erwachsener, Bern-Stuttgart 1956
- Nelly Wolffheim: Psychoanalyse und Kindergarten, München-Basel 1966
- D. Wyss: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen, 1961

Fragebogen I zur Erfassung der Familienkonstellationsdaten.

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr

Sie besuchten einmal, bzw. besuchen derzeit unsere
Erziehungsberatungsstelle in
mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter

Da wir im Moment mit einer statistischen Untersuchung
beschäftigt sind, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen
ausgefüllt zurückzusenden oder abzugeben an:
. -

Wir verpflichten uns, alle Angaben streng vertraulich und
anonym zu behandeln und sie nur zu statistischen Zwecken zu
verwenden. Bitte beantworten Sie alle Fragen so genau als
möglich, obwohl dies sicher manchmal schwer sein wird.
Die Fragen beziehen sich zunächst auf ihren Sohn/Ihre Tochter
und die Geschwister, dann auf die Eltern, also auf Sie.

Alle folgenden Fragen betreffen den Sohn/die Tochter

Familien- und Vorname:
geboren am:

Wieviele Brüder hat Ihr Sohn bzw. Ihre Tochter, die älter
sind als er oder sie? , , , , , , , ,

Wie ist ihr Vorname und wann sind sie geboren? (Ohne Stief-
Halb- und verstorbene Geschwister). Sollten es mehr sein als
vier, so erweitern Sie bitte den Fragebogen.

- 1) Vorname geboren
- 2) Vorname geboren
- 3) Vorname geboren
- 4) Vorname geboren

Wieviele Brüder hat Ihr Sohn/Ihre Tochter, die jünger sind
als er/sie, wie ist ihr Vorname und wann sind sie geboren?
(Ohne Stief- Halb- und verstorbene Geschwister).

- 1) Vorname geboren
- 2) Vorname geboren
- 3) Vorname geboren
- 4) Vorname geboren

Wieviele Schwwestern hat Ihr Sohn/Ihre Tochter, die älter sind als er/sie?

Wie ist ihr Vorname und wann sind sie geboren? (Ohne Stief-, Halb- und verstorbene Geschwister).

- 1) Vorname geboren
- 2) Vorname geboren
- 3) Vorname geboren
- 4) Vorname geboren

Wieviele Schwwestern hat Ihr Sohn/Ihre Tochter, die jünger sind als er/sie, wie ist ihr Vorname und wann sind sie geboren? (Ohne Stief-, Halb- und verstorbene Geschwister).

- 1) Vorname geboren
- 2) Vorname geboren
- 3) Vorname geboren
- 4) Vorname geboren

Wieviele Stief- oder Halbgeschwister hat Ihr Sohn/Tochter?
Wie ist ihr Name, wann sind sie geboren?

- 1) Hauptname Vorname geb.
Lebt Ihr Sohn/Tochter noch mit diesem Stiefgeschwister zusammen?
Wenn ja, seit wann?
Wenn das Stiefgeschwister inzwischen wieder außer Haus ist, in welchem Zeitraum lebte der Sohn/die Tochter mit dem Stiefgeschwister zusammen? von bis

- 2) Hauptname Vorname geb.
Lebt Ihr Sohn/Tochter noch mit diesem Stiefgeschwister zusammen?
Wenn ja, seit wann
Wenn das Stiefgeschwister inzwischen wieder außer Haus ist, in welchem Zeitraum lebte der Sohn/Tochter mit dem Stiefgeschwister zusammen? von bis

- 3) Hauptname Vorname geb.
Lebt Ihr Sohn/Tochter noch mit diesem Stiefgeschwister zusammen?
Wenn ja, seit wann
Wenn das Stiefgeschwister inzwischen wieder außer Haus ist, in welchem Zeitraum lebte der Sohn/die Tochter mit dem Stiefgeschwister zusammen? von bis

- 4) Hauptname Vorname geb.
Lebt Ihr Sohn/Tochter noch mit diesem Stiefgeschwister zusammen?
Wenn ja, seit wann
Wenn das Stiefgeschwister inzwischen wieder außer Haus ist, in welchem Zeitraum lebte der Sohn/die Tochter mit dem Stiefgeschwister zusammen? von bis

Wieviele von den Geschwistern Ihres Sohnes/Ihrer Tochter sind gestorben? (Vorname, Geburts- und Todesdatum anführen).

- 1) Vorname GeburtsdatumTodesdatum
2) Vorname GeburtsdatumTodesdatum

Bei wem ist Ihr Sohn/Ihre Tochter aufgewachsen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- A) Bei den Eltern.
B) Bei den Großeltern. Wielange nach der Geburt kam er/sie zu den Großeltern?
C) Im Heim. Wielange nach der Geburt kam er/sie ins Heim?
D) Bei anderen Verwandten. Wielange nach der Geburt kam er/sie dorthin?
E) Bei fremden Leuten. Wielange nach der Geburt kam er/sie dorthin?

Wenn Ihr Sohn/Tochter bei den Eltern aufgewachsen ist, war er/sie bis zum Alter von 8 Jahren einmal oder mehrmals länger als einen Monat von den Eltern getrennt?

- 1) Aufenthalt bei
 Alter zum Zeitpunkt der Trennung
 Dauer des Aufenthalts
2) Aufenthalt bei
 Alter zum Zeitpunkt der Trennung
 Dauer des Aufenthalts
3) Aufenthalt bei
 Dauer des Aufenthalts
 Alter zum Zeitpunkt der Trennung
4) Aufenthalt bei
 Alter zum Zeitpunkt der Trennung
 Dauer des Aufenthalts

Wenn Ihr Sohn/Tochter bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein Elternteil länger als 1 Monat von der Familie abwesend, bevor Ihr Sohn/Tochter das 8. Lebensjahr erreichte? (Z.B. Kuraufenthalt).

- 1) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter)
 Dauer der Abwesenheit
 Alter des Sohnes/der Tochter zum Zeitpunkt der Trennung
2) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter)
 Dauer der Abwesenheit
 Alter des Sohnes/der Tochter zum Zeitpunkt der Trennung
3) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter)
 Dauer der Abwesenheit
 Alter des Sohnes/der Tochter zum Zeitpunkt der Trennung

Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter körperlich stark behindert?
 Wodurch?
 Seit wann?

Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter einmal oder mehrmals operiert? ja-nein
 (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Wenn ja, in welchem Alter

Bis wie lange nach der Geburt	garnicht
wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter gestillt?	etwa 1 Woche
(Zutreffendes bitte ankreuzen).	1-4 Wochen
	4-8 Wochen
	länger als 8 Wochen.

In welchem Alter war Ihr Sohn/	mit weniger als 1/2 Jahr
Ihre Tochter ganz sauber?	zwischen 1/2 und 1 Jahr
(Zutreffendes bitte ankreuzen).	zwischen 1 und 2 Jahren
	später als 2 Jahre.

Wieviel Umzüge hat Ihr Kind bisher miterlebt?

Wieviel Schulwechsel hat Ihr Kind bisher gehabt?

Alle folgenden Fragen betreffen den leiblichen Vater Ihres
Sohnes/Ihrer Tochter.

Name des leiblichen Vaters:
 geboren am:

Sollte das Kind einen Stiefvater haben oder gehabt haben, füllen
 Sie bitte auch die auf Seiten 8, 9 und 10 gestellten Fragen aus.
 Die Fragen auf Seiten 4, 5, 6 und 7 beziehen sich nur auf den
 leiblichen Vater (Erzeuger).

Ist er jetzt noch mit der Mutter verheiratet?	ja - nein
oder geschieden von ihr?	ja - nein
wenn ja, seit wann geschieden?	
mit einer anderen Frau verheiratet?	ja - nein
oder gestorben?	ja - nein
wenn ja, wann gestorben	
oder war er nicht mit der Mutter verheiratet?	ja - nein

Geht der Vater einem Beruf nach?	ja - nein
----------------------------------	-----------

Ist der Vater stark körperbehindert?	ja - nein
wodurch seit wann	

Ist er erwerbsgemindert?	ja - nein
Oder erwerbsunfähig?	ja - nein

Ist der Vater aus beruflichen oder anderen Gründen am Wochenende nicht zu Hause?	ja - nein
---	-----------

Wieoft im Monat kommt dieses durchschnittlich vor?	
--	--

Ist der Vater aus beruflichen oder anderen Gründen öfter abends nicht zu Hause?	ja - nein
--	-----------

Wieoft in der Woche kommt dieses durchschnittlich vor?	
--	--

Wieviele Brüder hat der Vater? Wie ist ihr Name und wann sind sie (ungefähr) geboren?

- 1) Name Vorname geb.
- 2) Name Vorname geb.
- 3) Name Vorname geb.
- 4) Name Vorname geb.

Wieviele Schwestern hat der Vater? Wie ist ihr Name und wann sind sie (ungefähr) geboren?

- 1) Name Vorname geb.
- 2) Name Vorname geb.
- 3) Name Vorname geb.
- 4) Name Vorname geb.

Hat der Vater Stief- oder Halbgeschwister? Wie ist ihr Name, wann sind sie geboren und von wann bis wann lebten sie (ungefähr) mit dem Vater zusammen?

- 1) Name Vorname geb.
zusammen mit dem Vater von bis
- 2) Name Vorname geb.
zusammen mit dem Vater von bis
- 3) Name Vorname geb.
zusammen mit dem Vater von bis

Wieviele Geschwister des Vaters sind gestorben?

Wie war ihr Name, wann sind sie (ungefähr) geboren und wann gestorben?

- 1) Name Vorname geb. . . gest. . . .
- 2) Name Vorname geb. . . gest. . . .
- 3) Name Vorname geb. . . gest. . . .

Leben die Eltern des Vaters noch? Wenn nicht, wann sind sie gestorben?

Vater des Vaters: geboren gestorben

Mutter des Vaters: geboren gestorben

Sind die Eltern des Vaters geschieden oder leben sie getrennt? seit wann

Bei wem ist der Vater aufgewachsen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- | | |
|----------------------------|---|
| a) Bei den Eltern. | Bis zu welchem Alter? |
| b) bei den Großeltern. | Wielange nach der Geburt kam er dorthin? |
| c) im Heim. | Wielange nach der Geburt kam er ins Heim? |
| d) bei anderen Verwandten. | Wielange nach der Geburt kam er dorthin? |
| e) bei fremden Leuten. | Wielange nach der Geburt kam er dorthin? |

Hatte der Vater einen Stiefvater oder eine Stiefmutter?

Von wann bis wann? Von bis

Wenn der Vater bei den Eltern aufgewachsen ist, war er bis zum Alter von 8 Jahren einmal oder mehrmals länger als einen Monat von den Eltern getrennt?

- 1) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts
- 2) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts
- 3) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts
- 4) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts

Wenn der Vater bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein Elternteil des Vaters für länger als einen Monat von der Familie abwesend, bevor der Vater das 8. Lebensjahr erreichte (z.B. Kuraufenthalt)?

- 1) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter des Vaters)
Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer der Abwesenheit
- 2) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter des Vaters)
Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer der Abwesenheit
- 3) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter des Vaters)
Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer der Abwesenheit

Ging die Mutter des Vaters nach der Geburt ihres Sohnes, also nach der Geburt des Vaters des/der in Frage stehenden Patienten/in, wieder einem Beruf nach? ja - nein

Wenn ja: ganztags
(Zutreffendes bitte ankreuzen) halbtags
Heimarbeit

Wie lange nach der Geburt ihres Sohnes(also des Vaters des/der in Frage stehenden Patienten/in begann die Mutter des Vaters wieder mit der Arbeit

Bei wem war der Vater des/der in Frage stehenden Patienten/in in dieser Zeit? beim Vater
(Zutreffendes bitte ankreuzen) bei den Großeltern
im Kindergarten od.Schule
bei anderen Verwandten
bei fremden Leuten
allein, sich selbst
überlassen

Ist die Mutter des Vaters des/der in Frage stehenden
Patienten/in stark körperlich behindert?

ja - nein

Wodurch?

Seit wann?

Ist der Vater des Vaters des/der in Frage stehenden
Patienten/in stark körperlich behindert? ja - nein

Wodurch?

Seit wann?

Die folgenden Seiten 8, 9 und 10 sind nur auszufüllen,
wenn der Junge/das Mädchen einen Stiefvater hat oder
hatte (also bei Scheidung, Trennung, Todesfall usw.)

Hatte oder hat der Junge/das Mädchen einen Stiefvater oder mehrere Stiefväter?

Wie ist ihr Name und seit wann hat das Kind den Stiefvater?

- 1) Name in der Zeit von . . . bis
- 2) Name in der Zeit von . . . bis
- 3) Name in der Zeit von . . . bis

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf den Stiefvater. Bei mehreren Stiefvätern fügen Sie bitte ein oder mehrere Blätter bei, sodaß die folgenden Fragen für jeden der Stiefväter nach dem vorliegenden Muster ausgefüllt sind.

Name des Stiefvaters

Wann ist der Stiefvater geboren

Ist er jetzt noch mit der Mutter verheiratet? ja - nein
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Oder ist er geschieden von ihr? ja - nein

Ist er mit einer anderen Frau verheiratet? ja - nein

Ist der Stiefvater gestorben? ja - nein
wenn ja, seit wann?

Geht der Stiefvater einem Beruf nach? ja - nein

Ist der Stiefvater stark körperlich behindert? ja - nein
wenn ja, wodurch? seit wann?

Ist er erwerbsgemindert? ja - nein
wenn ja, seit wann?

Oder erwerbsunfähig? ja - nein
wenn ja, seit wann?

Ist der Stiefvater aus beruflichen oder anderen Gründen am Wochenende nicht zu Hause? ja - nein

Wie oft im Monat kommt dieses durchschnittlich vor?

wieviele Brüder hat der Stiefvater und wann sind sie (ungefähr) geboren?

- 1) geboren
- 2) geboren
- 3) geboren
- 4) geboren

Wieviele Schwestern hat der Stiefvater und wann sind sie (ungefähr) geboren?

- 1) geboren
- 2) geboren
- 3) geboren
- 4) geboren

Hat der Stiefvater Stief- oder Halbgeschwister? Wann sind die (ungefähr) geboren und von wann bis wann lebten sie (ungefähr) mit dem Stiefvater zusammen?

- 1) geboren zusammen mit dem Stiefvater
von bis
- 2) geboren zusammen mit dem Stiefvater
von bis
- 3) geboren zusammen mit dem Stiefvater
von bis

Wieviele Geschwister des Stiefvaters sind gestorben?
Wann sind sie (ungefähr) geboren und gestorben?

- 1) geboren gestorben
- 2) geboren gestorben
- 3) geboren gestorben

Leben die Eltern des Stiefvaters noch? Wenn nicht, wann sind sie gestorben?

Vater des Stiefvaters: geboren . . . gestorben

Mutter des Stiefvaters: geboren . . . gestorben

Sind die Eltern des Stiefvaters geschieden, oder leben sie getrennt? ja - nein

Seit wann?

Bei wem ist der Stiefvater aufgewachsen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- | | |
|----------------------------|---|
| A) Bei den Eltern? | Bis zu welchem Alter? |
| B) Bei den Großeltern? | Wie lange nach der Geburt kam er zu den Großeltern? |
| C) Im Heim? | Wie lange nach der Geburt kam er ins Heim? |
| D) Bei anderen Verwandten? | Wie lange nach der Geburt kam er dorthin? |
| E) Bei fremden Leuten? | Wie lange nach der Geburt kam er dorthin? |

Wenn der Stiefvater bei seinen Eltern aufgewachsen ist, war er bis zum Alter von 8 Jahren einmal oder mehrmals länger als einen Monat von den Eltern getrennt? ja - nein

- 1) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts
- 2) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts
- 3) Aufenthalt bei
Alter zum Zeitpunkt der Trennung
Dauer des Aufenthalts

Alle folgenden Fragen betreffen die leibliche Mutter des Kindes.

Sollte der Junge/das Mädchen eine Stiefmutter haben oder gehabt haben, so füllen sie bitte zusätzlich auch noch die auf den Seiten 15, 16, 17 und 18 gestellten Fragen aus.

Die Fragen auf den Seiten 11 - 14 beziehen sich nur auf die leibliche Mutter (Erzeugerin).

Name der leiblichen Mutter

geboren

Ist sie noch mit dem Vater verheiratet? ja - nein

Oder geschieden von ihm ? ja - nein

wenn ja, seit wann

Mit einem anderen Mann verheiratet? ja - nein

Oder ist sie gestorben? ja - nein

wenn ja, wann gestorben?

Ging die Mutter nach der Geburt des in Frage stehenden Kindes wieder einem Beruf nach? ja - nein

Wenn ja:
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

ganztags Wie lange nach der Geburt

halbtags begann die Mutter wieder?

Heimarbeit

Bei wem war das Kind während der Arbeitszeit?
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- a) Beim Vater.
- b) Bei den Großeltern.
- c) In Kindergarten oder Schule.
- d) Bei anderen Verwandten.
- e) Bei fremden Leuten.
- f) Allein, sich selbst überlassen.

Ist die Mutter stark körperbehindert? ja - nein

Wodurch? seit wann

Wieviele Brüder hat die Mutter? (Ohne Stief- Halb und verstorbene Geschwister).

Wie ist ihr Name und wann sind sie (ungefähr) geboren?

1) Name Vorname geboren

2) Name Vorname geboren

3) Name Vorname geboren

4) Name Vorname geboren

Wieviele Schwestern hat die Mutter? (Ohne Stief- Halb- und verstorbene Geschwister).

Wie ist ihr Name und wann sind die (ungefähr) geboren?

- 1) Name Vorname geboren
- 2) Name Vorname geboren
- 3) Name Vorname geboren
- 4) Name Vorname geboren

Hat die Mutter Stief- oder Halbgeschwister?

Wie ist ihr Name? Wann sind sie (ungefähr) geboren und von wann bis wann lebten sie (ungefähr) mit der Mutter zusammen?

- 1) Name Vorname geboren
zusammen mit der Mutter von bis
- 2) Name Vorname geboren
zusammen mit der Mutter von bis
- 3) Name Vorname geboren
zusammen mit der Mutter von bis

Wieviele Geschwister der Mutter sind gestorben?

Wie war ihr Name, wann sind sie (ungefähr) geboren und wann gestorben?

- 1) Name Vorname geb. gest.
- 2) Name Vorname geb. gest.
- 3) Name Vorname geb. gest.

Leben die Eltern der Mutter noch? Wenn nicht, wann sind sie gestorben?

Vater der Mutter: geboren gestorben

Mutter der Mutter: geboren gestorben

Sind die Eltern der Mutter geschieden?

oder leben sie getrennt? seit wann?

Bei wem ist die Mutter aufgewachsen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Bei den Eltern. | Bis zu welchem Alter? |
| b) Bei den Großeltern. | Wie lange nach der Geburt kam sie zu den Großeltern? |
| c) Im Heim. | Wie lange nach der Geburt kam sie ins Heim? |
| d) Bei anderen Verwandten. | Wie lange nach der Geburt kam sie dorthin? |
| e) Bei fremden Leuten. | Wie lange nach der Geburt kam sie dorthin? |

Hatte die Mutter einen Stiefvater oder eine Stiefmutter?

Wenn ja, von wann bis wann? Von bis

Wenn die Mutter bei den Eltern aufgewachsen ist,, war sie bis zum Alter von 8 Jahren einmal oder mehrmals länger als 1 Monat von ihren Eltern getrennt?

1) Aufenthalt bei

Alter zum Zeitpunkt der Trennung

Dauer des Aufenthalts

2) Aufenthalt bei

Alter zum Zeitpunkt der Trennung

Dauer des Aufenthalts

3) Aufenthalt bei

Alter zum Zeitpunkt der Trennung

Dauer des Aufenthalts

Wenn die Mutter bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein Elternteil für länger als 1 Monat von der Familie abwesend, bevor die Mutter das 8. Lebensjahr erreichte? (z.B.Kuraufenthalt)

1) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter der Mutter)

Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Trennung

2) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter der Mutter)

Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Trennung

3) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter der Mutter)

Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Trennung

Ging die Mutter der Mutter nach der Geburt ihrer Tochter, also nach der Geburt der Mutter des/der in Frage stehenden Patienten/in wieder einem Beruf nach? ja - nein

Wenn ja:

Zutreffendes bitte ankreuzen).

Wielange nach der Geburt ihrer Tochter (also der Mutter des/der in Frage stehenden Patienten/in begann die Mutter der Mutter wieder mit der Arbeit?

ganztags:

.

halbtags:

.

Heimarbeit:

.

Bei wem war die Mutter des/der in Frage stehenden Patienten/in
während dieser Zeit:
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- a) Beim Vater.
- b) B.den Großeltern.
- c) In Kindergarten oder Schule
- d) Bei anderen Verwandten.
- e) Bei fremden Leuten.
- f) Allein, sich selbst überlassen.

Ist die Mutter der Mutter des/der in Frage stehenden
Patienten/in stark körperlich behindert? ja - nein
Wodurch? seit wann?

Ist der Vater der Mutter des/der in Frage stehenden
Patienten/in stark körperlich behindert? ja - nein
wodurch? seit wann?

Die folgenden Seiten 15, 16, 17 und 18 sind nur auszufüllen,
wenn das Kind eine Stiefmutter hat oder hatte (also bei
Scheidung, Trennung, Todesfall, usw.)

Hat oder Hatte der Junge/das Mädchen eine oder mehrere Stiefmütter: ja - nein

Wie ist der Name und seit wann hat das Kind die Stiefmutter:

- 1) Name in der Zeit von bis
- 2) Name in der Zeit von bis
- 3) Name in der Zeit von bis

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf die Stiefmutter.

Bei mehreren Stiefmüttern fügen Sie bitten ein oder mehrere Blätter bei, sodaß die folgenden Fragen für jede der Stiefmütter nach dem vorliegenden Muster ausgefüllt sind.

Name der Stiefmutter:

Wann ist die Stiefmutter geboren?

Ist sie jetzt noch mit dem Vater verheiratet? ja - nein

Oder geschieden von ihm? Wenn ja, seit wann?

Oder gestorben? ja - nein Wenn ja, wann gest.

Geht oder ging die Stiefmutter einem Beruf nach? ja - nein

Wenn ja (Zutreffendes bitte ankreuzen).

ganztags Wie alt war das Kind, als die

halbtags Stiefmutter das erste Mal wieder

Heimarbeit mit der Arbeit begann?

Bei wem war das Kind während der Arbeitszeit?

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- a) Beim Vater.
- b) Bei den Großeltern.
- c) In Kindergarten oder Schule.
- d) Bei anderen Verwandten.
- e) Bei Fremden Leuten.
- f) Allein, sich selbst überlassen.

Ist die Stiefmutter stark körperlich behindert? ja - nein

Wodurch? seit wann?

Wieviele Brüder hat die Stiefmutter (Ohne Stief-, Halb- und verstorbene Geschwister)?

- 1) Name Vorname geb.
- 2) Name Vorname geb.
- 3) Name Vorname geb.
- 4) Name Vorname geb.

Wieviele Schwestern hat die Stiefmutter? (Ohne Stief-, Halb- und verstorbene Geschwister).

Wie ist ihr Name und wann sind sie (ungefähr) geboren?

- 1) Name Vorname geboren
- 2) Name Vorname geboren
- 3) Name Vorname geboren
- 4) Name Vorname geboren

Hat die Stiefmutter Stief- oder Halbgeschwister? Wie ist der Name? Wann sind sie (ungefähr) geboren und von wann bis wann lebten sie (ungefähr) mit der Stiefmutter zusammen?

- 1) Name Vorname geboren
zusammen mit der Stiefmutter von bis
- 2) Name Vorname geboren
zusammen mit der Stiefmutter von bis
- 3) Name Vorname geboren
zusammen mit der Stiefmutter von bis

Wieviele Geschwister der Stiefmutter sind gestorben?

Wie war ihr Name, wann sind sie (ungefähr) geboren und wann gestorben?

- 1) Name Vorname geb. gest.
- 2) Name Vorname geb. gest.
- 3) Name Vorname geb. gest.

Leben die Eltern der Stiefmutter noch? Wenn nicht, wann sind sie gestorben?

Vater der Stiefmutter: geb. gest.

Mutter der Stiefmutter: geb. gest.

Sind die Eltern der Stiefmutter geschieden, oder leben sie getrennt? seit wann?

Bei wem ist die Stiefmutter aufgewachsen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Bei den Eltern. | Bis zu welchem Alter? |
| b) Bei den Großeltern. | Wie lange nach der Geburt kam sie zu den Großeltern? |
| c) Im Heim. | Wie lange nach der Geburt kam sie ins Heim? |
| d) Bei anderen Verwandten. | Wie lange nach der Geburt kam sie dorthin? |
| e) Bei fremden Leuten. | Wie lange nach der Geburt kam sie dorthin |

Hatte die Stiefmutter einen Stiefvater oder eine Stiefmutter?

Von wann bis wann? Von bis

Wenn die Stiefmutter bei den Eltern aufgewachsen ist, war sie
bis zum Alter von 8 Tagen einmal oder länger als 1 Monat
von ihren Eltern getrennt? ja - nein

1) Aufenthalt bei

Alter zum Zeitpunkt der Trennung

Dauer des Aufenthalts

2) Aufenthalt bei

Alter zum Zeitpunkt der Trennung

Dauer des Aufenthalts

3) Aufenthalt bei

Alter zum Zeitpunkt der Trennung

Dauer des Aufenthalts

Wenn die Stiefmutter bei den Eltern aufgewachsen ist, war ein
Elternteil für länger als 1 Monat von der Familie abwesend,
bevor die Stiefmutter das 8. Lebensjahr erreichte. (z.B. Kuraufenthalt)

1) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter der Stiefmutter)

Dauer der Abwesenheit

Alter der Stiefmutter zum Zeitpunkt der Trennung

2) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter der Stiefmutter)

Dauer der Abwesenheit

Alter der Stiefmutter zum Zeitpunkt der Trennung

3) Abwesende Person (Vater bzw. Mutter der Stiefmutter)

Dauer der Abwesenheit

Alter der Stiefmutter zum Zeitpunkt der Trennung

Ging die Mutter der Stiefmutter nach der Geburt ihrer Tochter,
also der Stiefmutter des/der in Frage stehenden Patienten/in
wieder einem Beruf nach? ja - nein

Wenn ja: (Zutreffendes bitte ankreuzen).

ganztags

halbtags

Heimarbeit

Wie lange nach der Geburt ihrer
Tochter, also der Stiefmutter des/
der in Frage stehenden Patienten/in
begann die ~~Stief~~Mutter der
Stiefmutter wieder mit der Arbeit?

Bei wem war die Stiefmutter des/der in Frage stehenden Patienten/in während dieser Zeit?
(Zutreffendes bitte ankreuzen).

- a) Beim Vater.
- b) Bei den Großeltern.
- c) In Kindergarten oder Schule.
- d) Bei anderen Verwandten.
- e) Bei fremden Leuten.
- f) Allein, sich selbst überlassen.

Ist die Mutter der Stiefmutter des/der in Frage stehenden Patienten/in stark körperlich behindert? ja - nein

Wodurch? seit wann?

Fragebogen II zur Erfassung der Symptome.

Name des Probanden
Den Fragebogen füllte aus
Grund der Vorstellung in der EB

Bitte raten sie alle in diesem Fall vorkommenden neurotischen Syntome auf einer Skala von 1 bis 7, wobei 1 einen sehr geringen Grad der Ausprägung, 7 einen sehr hohen Grad der Ausprägung des Syntoms bedeutet. Bitte geben Sie für jedes Syntom 3 Schätzwerte ab, einmal wie stark das Syntom beim Patienten überhaupt ausgeprägt ist (ohne Bezug auf das Alter, zum zweiten, wie stark es ausgeprägt ist, wenn man das Alter des Probanden berücksichtigt und zum dritten, wie stark es ausgeprägt ist speziell bei Kindern, die zur Erziehungsberatungsstelle kommen. Bei Syntome, die früher aufgetreten waren, aber jetzt nicht mehr bestehen, vermerken Sie dies bitte.

- Syntome:
- | | |
|---|----|
| 1) Kontaktarmut, Autismus, Schüchternheit | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 2) Einnässen von Anfang an | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 3) zeitweiliges Einnässen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 4) Nägelkauen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 5) Schaukelbewegungen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 6) nächtliches Aufschreien, Schlafstörungen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 7) Ausreißen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 8) Lügen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |

- | | |
|--|----|
| 9) Stehlen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 10) Depressive Verstimmungen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 11) Fettsucht | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 12) Spastik | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 13) Anfallsleiden
anfallsähnliche Sytome | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 14) Kopfschmerzen | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 15) Asthma | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 16 Magengeschwüre | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 17) andere organische Sytome
welcher Art? | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 18) Zündeln | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 19) Essenssschwierigkeiten | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 20) Verlangsamung ohne organische
Ursache | 1) |
| | 2) |
| | 3) |

- | | |
|---|----|
| 21) Trennungsängste, allgem. Ängste | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 22) Mutismus | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 23) Nervösität, Konzentrationsschwäche
(psychomotorische Unruhe) | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 24) Aggressivität | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 25) Schulschwierigkeiten | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 26) Berufsschwierigkeiten | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 27) Ticks | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 28) Stottern | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 29) Trotz | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 30) Geschwister rivalität | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 31) Einkoten | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| 32) Erröten | 1) |
| | 2) |
| | 3) |

- | | |
|--|----------------|
| 33) Phobische Ängste und Klagen
wovor? | 1)
2)
3) |
| 34) Sexuelle Perversionen
welcher Art? | 1)
2)
3) |
| 35) Exzessives Onanieren | 1)
2)
3) |
| 36) Kleinkindliche Sprache
(evtl. nähere Angaben) | 1)
2)
3) |
| 37) Entwicklungsrückstände | 1)
2)
3) |
| 38) Mangelnde Realitätsbeziehung | 1)
2)
3) |
| 39) Distanzlosigkeit | 1)
2)
3) |
| 40) Weitere Symtome
(welche ?) | 1)
2)
3) |

Lebenslauf des Autors

1943 geboren in Traunstein als Sohn eines Rechtsanwalts.

Familienkonstellation: Jüngerer Bruder einer zwölf Jahre älteren Schwester,

1949 Eintritt in die Volksschule in Traunstein,

1954 bis 1963 Besuch des Gymnasiums in Traunstein,
danach

Studium der Psychologie,

3 Semester an der Universität München,

dann

5 Semester an der Universität Erlangen-Nürnberg,

1966 Vordiplom.

Thema der experimentellen Arbeit:

Der Einfluß der Familienkonstellation auf die
Urteilsbildung im sozialen Kraftfeld.

1967 Hauptdiplom mit der Note 1,

anschließend

psychologische Betreuung von insgesamt 7 Kinderheimen,
danach

2 Jahre Mitarbeit in der Erziehungsberatungsstelle
Hof a.d. Saale und Leitung der Außenstellen Wunsiedel
und Selb,

seit Juli 1970 ist der Verfasser Leiter der
Psychologischen Beratungsstelle in Arnshausen /Westf.

Vorliegende Arbeit ist aus der praktischen Tätigkeit
des Verfassers geboren.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990